

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

HYSTÉROPEXIE

ABDOMINALE ANTÉRIEURE

ET

OPÉRATIONS SUS-PUBIENNES

DANS LES

RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

PAR

MARCEL BAUDOUIN

AVEC XXII FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS

AUX
BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes.

LECROSNIER ET BABÉ
ÉDITEURS
Place de l'Ecole-de-Médecine.

1890

A MON CHER MAITRE

M. LE Dr FÉLIX TERRIER

Hommage de profonde reconnaissance,

MARCEL BAUDOUIN

HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE

ET

OPÉRATIONS SUS-PUBIENNES

DANS LES

RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS



INTRODUCTION

« Vous élèverez une statue d'or
« à celui qui supprimera le pus ! »

NÉLATON.

Nous nous sommes proposé, dans ce travail, d'étudier les résultats obtenus dans les *Rétrodéviations utérines graves* — s'accompagnant de symptômes fonctionnels si intenses que les malades réclament à tout prix l'intervention du chirurgien — à l'aide d'une opération, non pas nouvelle, mais remise, ces temps derniers, en honneur à l'étranger. Nous voulons parler de l'*Hystéropexie* ou mieux, à notre avis, de l'*Hystéropexie* (*Utéro-fixation*) *abdominale antérieure*. Comme complément de nos recherches, faites presqu'exclusivement dans le domaine de la médecine opératoire, nous la comparerons avec les autres *interventions sus-pubiennes*, proposées depuis quelques années, en dehors de France, pour remédier aux mêmes lésions.

L'opération en question, conçue de toutes pièces par un chirurgien français, il y a vingt ans, a été faite à nou-

veau dans notre pays au commencement de 1888, pour remédier à une rétrodéviation grave de l'utérus. Nous avons eu la bonne fortune d'y assister dans le service de notre éminent maître, M. le docteur Terrier, à l'hôpital Bichat, et, sur ses indications, nous nous sommes livré à des recherches bibliographiques nombreuses sur ce sujet.

Avec les observations qu'ont bien voulu nous confier quelques-uns de nos maîtres, avec celles recueillies sous la direction de M. Terrier, avec les relations des multiples opérations de ce genre, publiées à l'étranger et en France par des chirurgiens de renom, nous avons tenté d'ébaucher l'étude complète de l'Hystéropexie (*Hystéropexie abdominale antérieure*) appliquée à une variété de déplacement utérin, les *Rétrodéviations*. Ce sont les résumés de tous ces faits et les réflexions qu'ils nous ont suggérées que l'on trouvera surtout consignées dans ce travail.

Les conclusions que nous formulerons ne pourront être admises que par ceux qui sont aujourd'hui réellement convaincus de la bénignité absolue de toute laparotomie vraiment aseptique, chez un sujet aseptique lui-même et non affaibli par une lésion organique très grave (néoplasme, par exemple). Et par laparotomie nous voulons simplement dire : « Ouverture de la cavité abdominale », en observant certaines règles désormais bien connues. D'ailleurs les faits que nous analyserons constituent, à leur tour, une des preuves les plus manifestes de la vérité de ce nouvel aphorisme chirurgical. *C'est là la clé de voûte de tout l'édifice que nous avons essayé de construire.*

Si le lecteur n'a pas absolue confiance dans le principe que nous venons d'émettre, inutile qu'il poursuive l'examen de notre œuvre : il perdrait son temps.

Ceci étant bien admis, la question que nous abordons se résoud donc : 1° en celle de la *destruction d'adhérences périutérines*, quand elles existent; 2° et en celle de la *fixation de l'utérus redressé, en une position aussi rapprochée que possible des conditions normales de la statique utérine.*

C'est à dessein que nous ne nous sommes pas livré sur ce sujet à des recherches expérimentales ou cadavériques, comme nous en avions eu l'intention au début de nos incursions dans la littérature étrangère. Nous croyons devoir expliquer pourquoi.

Après quelques essais cadavériques préalables, datant déjà de deux ans, nous avons vite reconnu que de telles expériences ne pourraient avoir d'autre résultat que de nous initier à la pratique de cette opération et non point nous fournir des données d'une certaine valeur sur les mérites ou les défauts de tel ou tel procédé ; nous avons donc renoncé à les poursuivre et surtout à les relater ici.

D'autre part, tenter de pratiquer semblable opération, même sur les Mammifères les plus rapprochés de l'Homme, nous a semblé absolument inutile et superflu, quoique, pour des opérations analogues (Néphropexie, Cystopexie, etc.), quelques-uns de nos maîtres aient cru devoir recourir à des tentatives de ce genre.

A l'heure où nous avons commencé ces études, la question de médecine opératoire avait déjà été tranchée à l'étranger par la clinique elle-même, sauf sur quelques points de détails. Il aurait donc été enfantin de refaire

sur les Animaux ce qu'on savait avoir parfaitement réussi chez l'Homme. Et d'ailleurs, tout ce qui a trait à l'Utérus ne peut guère, en ce qui concerne la pathologie, être éclairé par l'expérimentation. Il y a tant de différences à ce point de vue, entre l'utérus d'une Européenne et celui de l'espèce de Mammifère la plus voisine, anatomiquement parlant, du genre humain, que ça aurait été forcer certainement par trop les analogies que de comparer l'Hystéropexie chez les Singes, par exemple, à l'ingénieuse opération dont nous allons parler. La physiologie expérimentale a des limites, ce qu'on ignore trop. Il faut savoir ne pas les dépasser. Qui veut trop prouver ne démontre rien.

Pourtant, en ce qui concerne l'influence de la Grossesse sur les Hystéropexiées, il y a quelques mois ç'eût été la seule manière d'étudier les effets d'une telle éventualité; et nous avions dû y songer, au moins il y a un an.

Mais, heureusement, la lacune clinique, qui alors était patente sur ce point, commence à être comblée; et, quoique l'on soit fort loin de posséder un nombre de faits suffisants, nous avons préféré nous borner à les discuter, plutôt que d'essayer de les contrôler par des recherches expérimentales. Elles auraient été difficiles à réaliser et, à notre avis, n'auraient pas fait avancer de beaucoup la question, pour les motifs que nous rappelions à l'instant.

Telles sont les raisons qui nous ont empêché d'entrer dans la voie de l'expérimentation pure.

C'est à dessein aussi que toute la partie théorique relative à la pathogénie des rétrodéviations utérines a été laissée de côté. On a émis tant d'hypothèses, affirmé tant

de choses sur ce seul point de la gynécologie, que nous n'avons pas cru devoir entreprendre la justification théorique des Fixations, normale ou anormale, de l'Utérus. Nous bornant à rappeler çà et là les principes généraux de statique utérine admis par tous, nous avons, en l'espèce, préféré laisser la parole aux nombreuses observations recueillies.

A priori, étant donné un *utérus rétrodévié*, cause d'*accidents graves et variés*, il est évident que l'opération la plus rationnelle est celle qui permet d'aller de suite, *en voyant ce que l'on fait*, *redresser* cet utérus, de le placer dans une situation aussi peu éloignée que possible de sa position normale, et de l'y *maintenir* par un procédé quelconque.

Le célèbre chirurgien de Strasbourg, Kœberlé, se trouvant un jour dans de telles conditions, ne raisonna pas autrement; et, confiant — ceci à une époque où la méthode aseptique n'était pas découverte — en son habileté opératoire et son incomparable expérience des opérations abdominales, n'hésita pas à procéder ainsi, risquant gros jeu; car il fallait *ouvrir*, en 1869, *la cavité péritonéale !*

Ainsi donc, toute l'opération résidait dans cette ouverture de l'abdomen, chose terrible à l'époque où Kœberlé dut opérer cette rétroversion. Il fallait être Kœberlé pour se permettre alors pareille tentative!

Quoique le succès vînt couronner cette belle expérience — car c'en était réellement une — l'exemple donné par le chirurgien de Strasbourg ne fut pas suivi de longtemps.

Ce n'est en effet qu'en 1875 qu'un autre chirurgien, gynécologiste aussi illustre, eut en Amérique la même

idée ; car il paraît certain que M. Sims — c'est de lui qu'il s'agit — ne connaissait pas, quand il conçut la même opération, l'observation de Kœberlé. D'ailleurs, moins hardi que ce dernier, il ne se décida guère à courir pareille aventure que parce que, pour d'autres raisons, il avait été obligé d'ouvrir la cavité abdominale.

Grâce à ces deux chirurgiens, l'opération, dont nous allons bientôt retracer l'histoire avec plus de détails, était créée de toutes pièces. Cependant, si depuis Kœberlé et Sims on n'a apporté que des modifications de détails dans la technique opératoire, il faut reconnaître que, lors du triomphe de la méthode aseptique en chirurgie, un tel mode d'intervention a eu tout à coup un regain d'actualité du meilleur aloi. On doit donc savoir gré aux gynécologistes anglais, allemands et américains, pour lesquels désormais l'ouverture du péritoine était devenue une banalité, un trauma presque insignifiant (1880-1886), — qu'on nous passe ce mot, — d'avoir réhabilité cet excellent procédé pour la cure de certaines rétrodéviations utérines, dont nous devrons plus tard préciser d'ailleurs les caractères.

Nous sommes heureux, d'autre part, d'avoir pu assister aux premières tentatives opératoires qui ont marqué cette renaissance en France en 1888 ; et nous remercions vivement notre cher maître, M. Terrier, d'avoir bien voulu attirer notre attention sur ce point et nous encourager à en ébaucher l'histoire avec les documents recueillis dans son service, dans ceux de ses collègues des hôpitaux et dans la littérature médicale des Deux-Mondes.

CHAPITRE PREMIER

DES DIVERSES MÉTHODES DE
TRAITEMENT CHIRURGICAL
PROPOSÉES CONTRE LES
RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

SOMMAIRE. — Considérations générales sur les Méthodes de traitement chirurgical des Rétrodéviations utérines, sur l'Hystéropexie et les Opérations sus-pubiennes dirigées contre les déplacements utérins. 1° *Tableau synoptique des opérations conçues pour remédier aux Rétrodéviations de l'utérus :* Énumération et classification. — 2° *De l'Hystéropexie et des Opérations sus-pubiennes en particulier.* I. Définition et synonymie complète de l'Hystéropexie proprement dite ou intra-péritonéale. — II. Définition des variétés d'Hystéropexies sus-pubiennes et des opérations analogues : 1° Hystéropexie intra-péritonéale et Hystéropexie extra-péritonéale. 2° Des autres opérations sus-pubiennes dirigées contre les déplacements utérins *graves :* leur classification.

§ I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MÉTHODES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

Le traitement chirurgical des Rétrodéviations utérines en général, pour être exposé d'une façon méthodique et complète, exigerait à l'heure actuelle un travail considérable, que nous avons jugé au-dessus de nos forces.

Malgré tout l'intérêt que présenterait aujourd'hui une telle étude d'ensemble, qui reste encore à faire ; malgré toutes les indications précieuses que fourniraient les données pathogéniques aujourd'hui admises, nous avons dû nous borner. Effrayé par la masse, véritablement colossale, de documents

publiés jusqu'à ce jour sur l'emploi de ces trop fameux pessaires, sur la méthode de Thure-Brandt, qui fait tant de bruit à l'étranger, et même sur l'opération d'Alquié-Alexander dont les indications se restreignent peu à peu, nous avons voulu, comme l'indique le titre de ce travail, limiter nos recherches de médecine opératoire aux *Opérations sus-pubiennes*, récemment proposées, depuis la renaissance de la vraie chirurgie, pour remédier aux *Rétrodéviations utérines graves*, douloureuses, rendant la vie intolérable aux femmes qui en sont atteintes. Nous parlerons donc exclusivement des diverses sortes d'*Hystéropexies* et des méthodes opératoires, exécutées par la *voie sus-pubienne*, qui leur sont comparables.

Toutefois, comme un certain nombre de procédés, rentrant dans la classe des interventions pratiquées par la *voie vaginale*, ont reçu des dénominations analogues à celles des opérations que nous avons à décrire et sont souvent confondus avec ces dernières, pour la clarté de nos descriptions ultérieures et pour lever tous les doutes, nous avons cru utile de grouper, sous forme de tableau, les méthodes opératoires employées par les divers chirurgiens qui ont abordé ce sujet. Ces procédés, mis à contribution la plupart du temps pour remédier aussi bien à un prolapsus utérin qu'à une rétrodéviation, sont très nombreux et vont se multipliant chaque jour, depuis qu'on sait bien faire l'antisepsie vaginale ; mais la plus grande partie d'entre eux n'ont cependant aujourd'hui qu'un intérêt historique [1].

On remarquera tout d'abord la classification que nous avons adoptée. Les opérations proprement dites sont divisées en procédés *directs* et *indirects*.

A). Les *Procédés indirects* ont la prétention, parfois justifiée, de guérir la rétrodéviation en n'agissant qu'indirectement sur

[1] Nous ne donnons à dessein aucune indication bibliographique ayant trait aux opérations citées dans ce tableau. Nous nous réservons en effet de revenir, dans une publication ultérieure, sur toutes ces interventions, signalées simplement ici. Répétons que nous avons éliminé de ce schéma les opérations applicables au Prolapsus utérin seul.

la lésion ; mais parfois aussi ils dépassent le but à atteindre, et on a dû, on le conçoit, chercher à faire mieux et à meilleur prix. Parmi ces procédés indirects, quelques-uns se pratiquent bien par la voie sus-pubienne ; mais ils constituent un chemin trop détourné et parfois trop peu sûr pour que nous ayons dû les faire rentrer dans notre étude. Disons donc de suite que nous les avons éliminés parce que ce sont des moyens par trop indirects (castration), par trop spéciaux et par trop connus (ablation des tumeurs causes de rétrodéviations), ou par trop radicaux (extirpation de l'utérus).

B). Les *Méthodes opératoires directes* comprennent deux catégories d'interventions :

1° Les procédés qu'on exécute par la *voie vaginale*, que nous citons simplement comme les précédents [1] ;

2° Les *opérations sus-pubiennes*, dont on trouvera l'étude complète dans les différents chapitres de ce travail.

Il y a des rapprochements intéressants et d'éclatantes transitions à signaler entre ces deux groupes d'opérations, effectuées par des voies si différentes : c'est aussi pour cela que nous avons cru indispensable de rapporter ici le tableau qu'on trouvera plus loin.

Mais, avant de définir chacune de ces opérations, quelques explications sur la façon dont on doit considérer les interventions pratiquées sur l'utérus sont absolument nécessaires à donner. L'Utérus, au point de vue chirurgical, — sinon anatomique —, comprend deux parties bien distinctes : 1° l'une inférieure, visible et attaquable au fond du vagin, pour laquelle les chirurgiens acceptent le nom de *Col;* mais les opérateurs réservent plus spécialement cette dénomination à la portion libre de ce col, au museau de tanche (τράχηλος, col); 2° l'autre supérieure, située dans le petit bassin, commodément attaquable par l'abdomen, à l'aide de la voie sus-pubienne; elle porte — toujours pour les opérateurs — plus spécialement le nom de *Corps* (ὑστέρα, utérus). Les inter-

[1] Consulter à ce propos, plus particulièrement, les thèses de Racoviceanu et de Dumoret.

ventions qui portent sur ces deux parties différentes, se faisant ordinairement par des voies bien distinctes (vaginale et sus-pubienne), doivent recevoir des noms différents; et, si l'on veut bien continuer à employer les racines grecques pour former les mots scientifiques (convention qui en vaut bien une autre), les dénominations qui les désigneront le mieux devront comprendre, à notre avis (par pure convention, bien entendu), les radicaux (ὑστέρα) Hystéro-ou (τράχηλος) Trachélo-, quoique, au sens exact du mot, le terme ὑστέρα s'applique plutôt à la totalité de l'utérus [1].

Ceci posé, nous limitant à dessein à la *Fixation anormale* [2] (*Pexie*, de πῆξις, fixation) de l'utérus, c'est-à-dire à la soudure artificielle de cet organe aux différents points de la cavité du bassin, on devra appeler *Hystéropexie* toute fixation de son fond, et *Trachélopexie* [3] toute fixation du col. Les Trachélopexies ne pourront se faire que par la voie vaginale; elles seront donc toutes des *Pexies inférieures*. Les Hystéropexies, au contraire, pourront se faire soit par la voie vaginale (Hystéropexies *vaginales*), soit par la voie sus-pubienne (Hystéropexies *sus-pubiennes* ou Hystéropexies *proprement dites*). Elles pourront donc être des *Pexies* tantôt *supérieures*, tantôt *inférieures*. Il y a même une variété d'Hystéropexie, qui est un intermédiaire très net entre ces deux variétés types, et que pour cette raison nous avons dénommé *Hystéropexie vagino-pubienne;* c'est une méthode opératoire que nous devrons exposer plus loin, car elle rentre par un côté dans notre sujet.

L'Hystéropexie vaginale peut être *antérieure* (c'est l'Opération de Schücking) ou *postérieure* (Opération de Freund, très complexe d'ailleurs). Il ne faut pas confondre avec ces

[1] C'est uniquement pour ne pas créer un mot nouveau que nous avons réservé pour le *Corps* de l'utérus seul le radical *Hystéro-*.

[2] Pour nous, la *Fixation* dite *normale* de l'utérus (raccourcissement des ligaments utérins) ne peut être considérée comme une Hystéropexie: c'est une *Fausse Hystéropexie*.

[3] On sait qu'on a déjà la *Trachélorrhaphie*.

deux hystéropexies la *Vaginofixation* de Péan pour prolapsus, qui est en réalité une fixation du vagin sur les côtés du bassin, c'est-à-dire une *Elytropexie bilatérale* (ἔλυτρον, vagin).

Mais si, avant de fixer le col de l'utérus, on en fait l'ablation partielle (ἐκτομή, excision), comme dans l'Opération de Nicolétis, la Trachélopexie devient — s'il est permis d'employer un mot aussi barbare — la *Trachélectomopexie!* C'est là un terme forgé sur le modèle de ceux qu'ont créés déjà MM. Jeannel et Verneuil (*Colopexotomie* ou mieux *Colotomopexie*) pour désigner la fixation du côlon après incision (τομή, section) préalable (anus contre nature); mais il nous sourit peu et, à notre avis, l'opération de Nicoletis, en raison de sa complexité, doit conserver le nom de son auteur [1]. De même si, avant de fixer le corps de l'utérus par la voie sus-pubienne, on en ampute une portion, comme l'ont fait jadis Muller et Kuhn pour des prolapsus [2], cette opération doit s'appeler régulièrement l'*Hystérectomopexie sus-pubienne;* on s'est borné, à tort d'ailleurs, à la confondre avec l'Hystérectomie supra-vaginale avec pédicule externe.

Il importait, à notre sens, d'être bien fixé sur le sens et la valeur de toutes ces opérations récentes. Certes, notre classification [3], nous le reconnaissons sans difficulté, est d'un sché-

[1] Voulant absolument lui donner une appellation du ressort de la médecine opératoire pure, on a voulu l'appeler *Elytropexie utérine* ou mieux *Elytropexie utérine antérieure*. Avec M. Richelot, nous repousserons énergiquement cette dénomination qui dénature l'opération, car ce n'est pas le vagin qu'on a à fixer à l'utérus pour corriger la déviation, mais l'utérus au vagin, ce qui n'est pas du tout la même chose. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas là cependant une *Hystéropexie vaginale*, malgré les préférences de MM. Richelot et Debayle pour ce terme, et de plus il faut absolument tenir compte de l'amputation intracervicale préliminaire.

[2] Dumoret. — *Loc. cit.*

[3] Si nous avons adopté un tel mode de classement, au lieu de citer les opérations suivant qu'elles agissent sur *l'utérus lui-même*, sur ses *moyens de suspension* ou sur son *plan de soutènement inférieur* (vulve et périnée), c'est d'une part que nos recherches rentrent plutôt dans le domaine de la médecine opératoire et que d'autre part nous n'avons pas voulu faire intervenir ici des considérations théoriques encore dis-

matique parachevé ! Mais, encore une fois, ce sont de simples jalons, posés uniquement dans le but d'empêcher le lecteur de s'égarer et de se perdre dans cet inextricable dédale de procédés et de sous-procédés, inventés chaque jour depuis les trente dernières années.

cutées. D'ailleurs une telle façon de grouper toutes ces interventions aurait eu à notre avis un grand inconvénient. En effet, la même action peut s'exercer sur les ligaments utéro-sacrés, par exemple, par deux voies totalement différentes : le vagin et l'abdomen ; et de la sorte nous aurions dû placer, à côté l'une de l'autre, deux opérations qui, en pratique, sont absolument dissemblables.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

(*Tableau synoptique des procédés opératoires connus.*)

A. Méthodes non sanglantes. — Elles sont souvent combinées aux *méthodes dites sanglantes* et utilisées soit avant, soit après l'opération.

a). Appareils ou pansements appliqués dans le vagin (voie vaginale).

1° *Tampons :* placés dans le cul-de-sac postérieur.

2° *Pessaires :* variétés innombrables.

b). Manœuvres diverses sur l'utérus (voie vaginale et sus-pubienne).

1° *Massage utérin* (méthode de Thure-Brandt) : action portant sur la périphérie de l'utérus.

2° *Redressement de l'utérus :*

1° *Par manœuvres extra-utérines :* reposition par manœuvre bimanuelle, dite de Schultze (rupture des adhérences, etc.).

2° *Par manœuvres intra et extra-utérines*, avec ou sans dilatation préalable de la cavité utérine.

3° *Dilatation de la cavité utérine*, pure et simple.

B. Méthodes sanglantes (*Méthodes chirurgicales proprement dites*). — On les emploie *isolées* ou *combinées entre elles*.

I. Méthodes opératoires indirectes.

A. Voie vaginale.

a). Vagin et périnée. (*Colpopérinéoplastique*) :

(La première idée du raccourcissement des parois du vagin dans les rétrodéviations serait due à Robertson.)

1° *Colporrhaphie*, 2° *Colpopérinéorrhaphie*.

b). Col de l'utérus :

1° *Trachélorrhaphie* (cas tout à fait spéciaux).

2° *Amputations du col :*

a). *Hystérocautomie de Genêt* (de Barbezieux) (à rejeter).

b). *Amputations proprement dites :* Procédés classiques (*Trachélectomies*).

c). Utérus en totalité :

Hystérectomie vaginale totale (Richelot, Bouilly, Troblesky, Kehrer, etc.).

B). Voie sus-pubienne.

a). Corps de l'utérus :

1° *Ablation de tumeurs* (utérus, trompes, ovaires, autres organes) qui rétrodévient l'utérus (cas spéciaux : rétro-déviations symptomatiques).

2° *Hystérectomie abdominale* supra-vaginale (pédicule extrapéritonéal : sorte de Fausse Hystéropexie, après ablation du fond de l'utérus (à rejeter, même pour le prolapsus utérin).

b). Ovaires (sains) :

Oophorectomie dite *normale* (castration) (à rejeter, sauf dans des conditions spéciales).

II. Méthodes opératoires directes.

I). MÉTHODES VAGINALES (Voie vaginale).

a). *Interventions dans le cul-de-sac postérieur* (en arrière de l'utérus).

1° Déterminer la formation d'adhérences entre le rectum et la face postérieure du col utérin pour redresser l'utérus. (Méthodes proposées, non exécutées.

1° *Méthode de Schultze.* Injections d'alcool dans les tissus rétrocervicaux et dans les replis de Douglas.

2° *Méthode de Sænger.* Ouverture par le vagin du cul-de-sac de Douglas et tamponnement avec de la gaze iodoformée.

2° Raccourcissement parla voie vaginale des Ligaments utéro-sacrés.

Opération proposée par Schultze et Sænger, mise à exécution, dit-on, par Byford. (A rapprocher du *Raccourcissement intraabdominal des Ligaments utéro-sacrés.)*

b). *Interventions sur l'utérus.*

I. Pas de fixation de l'utérus au vagin (section ou résection de tissu utérin).

1° *Hystérotomie interne de Sims :* section de l'angle de flexion de la paroi postérieure, dans les rétroflexions seulement.

2° Excisions partielles du col utérin (*Trachélectomies partielles*).

a). *Opération de Schmidt* (Cologne) : excision d'un lambeau triangulaire sur la face antérieure de l'utérus (lambeau à sommet placé sur le col) et suture des lèvres de l'excision.

b). *Opération de Rabenau :* excision de la partie antérieure du col utérin.

II. Fixation de l'utérus par le vagin (*Pexies vaginales*).

1° Du Col de l'utérus.

a). Simple, sans amputation du col (*Trachélopexies*) :

Procédés d'Amussat-Richelot-Courty[1] : déterminer la formation d'adhérences entre la paroi postérieure du col utérin et la paroi vaginale postérieure (*Trachélopexie vaginale postérieure*[2]).

b). Après amputation intracervicale (*Trachélectomopexies*) :

Opération de Nicolétis : Combinaison de l'amputation sus-vaginale du col avec la fixation de la paroi postérieure du vagin à la partie antérieure de l'utérus. *Ce n'est pas une véritable Hystéropexie*, quoi qu'en aient dit Richelot, Debayle; ce ne saurait être non plus une *Elytropexie utérine antérieure* (ἔλυτρον, vagin). C'est une *Trachélectomopexie vaginale postérieure.*

2° Du corps de l'utérus (*Hystéropexies vaginales vraies*).

a). A la partie antérieure du Plancher pelvien :

Opération de Schücking : véritable *Hystéropexie vaginale antérieure.* Fixation du corps de l'utérus à la partie antérieure du plancher pelvien, c'est-à-dire dans le cul-de-sac vésico-utérin.

b). A la paroi abdominale antérieure, au-dessus du pubis:

Opération de Candela : *Hystéropexie* (dite extra-péritonéale) *vagino-pubienne.* Opération pouvant rentrer à la fois dans les interventions vaginales ou sus-pubiennes.

II.) Méthodes abdominales (Voie sus-pubienne pure).

Ce sont celles que nous avons étudiées et résumées dans les tableaux placés dans le premier chapitre de ce travail. Elles comprennent trois grandes méthodes :

A. Pas de fixation de l'utérus.

Libération et redressement intra-péritonéal de l'utérus, sans fixation (Laparotomie).

B. Fixation du corps de l'utérus.

a). *Fixation normale* (Raccourcissement des divers ligaments utérins) (*Fausses Hystéropexies*).

b). *Fixation anormale.* (*Hystéropexies sus-pubiennes*).

1° Après amputation préalable du fond de l'utérus : *Hystérotomopexie sus-pubienne* (Muller et Kuhn, pour le prolapsus).

2° Simple, sans amputation préalable : *Hystéropexie sus-pubienne proprement dite.* — Type : *Opération de Kœberlé.*

[1] Le *Procédé de Freund*, qui ne peut être considéré comme une opération sanglante, consiste à fixer la lèvre antérieure du col utérin sur un pessaire à l'aide d'un fil.

[2] Un chirurgien italien a cru devoir *réinventer* tout récemment cette opération, sous le nom de « *Vaginofixation du col* ». Sans le moindre scrupule, il efface du tableau de l'Histoire les noms d'Amussat, Courty et Richelot. Voir Bossi, *La Vagino-fissazione del collo negli spostamenti uterini;* in *Riv. de Ost. e Gin.*, 31 mai 1890, n° 10, p. 151.

§ II. — DES HYSTÉROPEXIES ET DES OPÉRATIONS SUS-PUBIENNES

I. DÉFINITION ET SYNONYMIE DE L'HYSTÉROPEXIE PROPREMENT DITE OU INTRA-PÉRITONÉALE

1. *Définition.* — L'opération que Kœberlé fit en 1869 fut dénommée par lui *Gastrotomie avec fixation de la matrice d'une façon permanente à la paroi abdominale.* Si l'on remplace le terme vieilli de Gastrotomie par celui plus moderne de *Laparotomie*, qui a le même sens, on voit qu'il est presque inutile de définir l'opération, que nous avons en vue, d'une façon plus explicite.

Si toutefois l'on tient à préciser davantage, voici la définition que nous proposons : *Opération consistant en une* LAPAROTOMIE *suivie de la* FIXATION, *à l'aide de points de sutures, soit de* l'UTÉRUS, *soit de ses* ANNEXES, *à la face postérieure de la* PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE.

Comment mieux traduire en quelques mots cette claire définition qu'en se bornant à ceux-ci : *Utérofixation abdominale antérieure?* C'est le terme, un peu long il est vrai, mais très exact que nous avions proposé en 1888[1]. Le mot *Utérofixation* seul ne nous avait point paru suffisant. On peut fixer en effet, comme nous le verrons, l'utérus à la face postérieure de la *vessie*, aussi bien qu'à la face postérieure de la paroi abdominale, et on connaît au moins une observation[2] de cette fixation vésicale.

De plus, on peut fixer l'utérus en arrière, aussi bien qu'en

[1] *C. R. de la Société de Chirurgie;* in *Progrès médical,* 1888, *passim.*
[2] Werth. (Voir plus loin.)

avant. Ne sait-on pas que Freund (de Strasbourg) a inventé récemment l'*Utérofixation postérieure*[1].

Il fallait donc dire *Utérofixation abdominale*, pour ne pas confondre le procédé de Kœberlé avec ces dernières opérations (*Utérofixation vésicale* et *U. postérieure*).

Pour être tout à fait précis, on devait partant employer la dénomination que nous avions proposée : *Utérofixation abdominale antérieure*.

Malheureusement M. le Pr Trélat, n'ayant pas trouvé à ce mot d'*Utérofixation*, d'origine latine, tout le charme voulu, lui préféra le mot grec, fabriqué de toutes pièces également et francisé : *Hystéropexie* (ὑστέρα, utérus ; πῆξις, fixation) ; pour lui, il avait meilleure allure. Nous avouons sans difficulté qu'il vaut bien le nôtre et l'acceptons d'autant plus volontiers que tout le monde paraît vouloir l'employer désormais aujourd'hui. Mais nous maintenons nos deux épithètes. Sans cela, c'est vouloir manquer, de parti pris, de la précision nécessaire et favoriser certaines confusions. Le seul inconvénient, pour les puristes, c'est l'accouplement d'un substantif d'origine grec avec deux adjectifs d'origine latine ; mais qu'importe[2] ?

Que, pour abréger, on se borne au mot d'*Hystéropexie antérieure* ou même à celui d'*Hystéropexie*, rien de mieux ; mais qu'il soit bien entendu, une fois pour toutes, que ce n'est là qu'une abrévation et qu'un moyen d'alléger son style. A la moindre obscurité dans la description, on devra revenir au terme d'*Hystéropexie* (*Utéro-fixation*) *abdominale antérieure*.

2. *Synonymie*. — Les auteurs étrangers, qui, dès 1885, refirent l'opération de Kœberlé, lui donnèrent des noms plus ou moins acceptables et qu'il nous faut maintenant reproduire ici.

C'est ainsi qu'Olshausen employa dans son premier mé-

[1] Freund. — *Congrès des Gynécologistes allemands à Fribourg* (juin 1889) et *Congrès des Naturalistes allemands à Heidelberg* (septembre 1889).

[2] Notre collègue Dumoret emploie le terme de *Laparohystéropexie* pour tout exprimer en un seul mot ; mais comment appellera-t-il l'*Hystéropexie postérieure* de Freund ? *Promontorio-hystéropexie*, peut-être ?

moire le mot de *Ventrale Fixatio*, qu'on transforma bientôt en *Ventro-fixatio* et qu'on traduisit en français par celui de *Ventrofixation*. M. Terrier et M. le professeur Trélat trouvèrent, avec raison, cette dénomination détestable; qu'elle fût, oui ou non, un barbarisme, ce qui importait relativement peu, elle n'était pas exacte et elle était incomplète: on a donc bien fait de la rejeter complètement.

Mais déjà H. Kelly (de Philadelphie) avait proposé le terme d'*Hystérorrhaphie* (ὑστερα, utérus; ῥαφή, suture), sur le modèle duquel on construisit plus tard ceux de *Néphrorrhaphie* [1] et d'*Hépatorrhaphie* [2]; mais il est mal fait aussi. Il ne faut pas confondre la *suture de l'utérus* [3] avec sa *fixation à l'aide de sutures*.

Les termes de *Gastrohystérorrhaphie* (celui-ci se comprend tout seul) et de *Gastrohystérosynaphie*, proposés par Sænger dans son premier travail, doivent être rejetés pour la même raison que celui d'hystérorrhaphie.

MM. Polaillon [4], Tillaux [5], Barette [6] se sont servis plusieurs fois du terme *Utérorrhaphie;* mais peut-être n'y a-t-il là qu'une erreur typographique, car le mot est formé en

[1] Nous avons forgé jadis, par analogie et à l'imitation du professeur Trélat, le terme de *Néphropexie*, qu'on tend de plus en plus à employer aujourd'hui, depuis la publication de l'ouvrage de M. Le Dentu. (Voir *C. R. de la Soc. de Chir.*, in *Progrès médical*, 1888-1889.) A rapprocher des mots de *Cystopexie* (Tuffier, fixation de la vessie), *Orchidopexie* (fixation du testicule, Kirmisson, ancienne célorrhaphie), *Colopexie* (fixation du côlon), *Colopexotomie* (fixation du côlon avec anus contre nature), *Rectopexie* (Verneuil) ou mieux *Archopexie* (*Nobis*) (fixation du rectum; ἄρχος, rectum), *Hépatopexie* (fixation d'un lobe du foie flottant, *Nobis*).

[2] *Progrès médical*, 18 août 1888.

[3] Le terme *Hystérorrhaphie* pourrait tout au plus s'appliquer à l'opération destinée à suturer un utérus rompu ou incisé, par exemple lors d'une grossesse; mais on devrait dire encore ici *Laparohystérorraphie*. D'ailleurs, l'opération dans laquelle on est susceptible de faire cette suture de l'utérus incisé porte déjà un nom spécial (*Hystérotomie*), si l'on excepte les cas très rares où il s'agirait seulement de rupture utérine.

[4] Polaillon. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1889, séance du 23 juin 1889.

[5] Tillaux. — *Traité de Chir. clin.*, p. 486. — Tillaux et Rieffel, in *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, p. 21, janvier 1889.

[6] Barette. — *Leçons de M. Trélat sur les déplacements utérins.*

dépit des règles habituelles de la linguistique, le latin et le grec ne pouvant se voir, en français, accoupler sans ennuis.

On doit de même abandonner celui de *Laparohystérorrhaphie* et même celui de *Laparohystéropexie*, pour désigner l'opération dont il s'agit.

D'autres dénominations sont à chaque instant aussi employées par les auteurs ; puisqu'on ne doit pas les rejeter — parce qu'elles facilitent, éclaircissent et abrègent les descriptions qu'elles rendent moins monotones — nous devons au moins les signaler ici pour mémoire.

Un des mots de prédilection de Sænger est celui d'*Antéfixation de l'utérus;* Czerny, que le latin n'effraie pas, a proposé celui de *Hysterorrhaphia ventralis anterior*, dans son mémoire de la fin de 1888[1]. Citons encore le terme *symphyse utéro-pariétale*, employé par M. Segond.

Nous résumons ci-dessous cette synonymie déjà trop riche, afin que le lecteur puisse s'y reconnaître, au milieu de tous ces mots plus ou moins bien composés :

Ventrale Fixatio (Olshausen) ;
Ventro-fixatio (Olshausen) ;
Hystérorrhaphie (H. Kelly) ;
Antefixatio (Sænger) ;
Hystéropexie (Trélat) ;
Gastrohystéropexie (Pozzi) ;
Utérorrhaphie (Polaillon, Tillaux);
Gastrohystérorrhaphie (Sænger) ;
Gastrohystérosynaphie (Sænger, Cuzzi) ;
Laparohystérorrhaphie (Terrier) ;
Laparohystéropexie (Dumoret);
Hysterorrhaphia ventrale anterior (Czerny);
Symphyse utéro-pariétale (Segond) ;
Hystéropexie (Utéro-fixation) *abdominale antérieure* (Nobis)[2].

[1] Czerny. — *Loc. cit.* Voyez p. 177. — Ce mémoire est postérieur à nos comptes rendus de la *Société de Chirurgie*.

[2] Que le lecteur veuille bien nous pardonner les néologismes que nous avons dû créer; mais toute chose nouvelle exige un nom nouveau. Nous croyons n'avoir point fait d'abus et nous être borné au strict nécessaire, trop convaincu qu'il faut mettre un frein aux fabrications de mots, en Médecine comme en Histoire naturelle. Nous avons été trop

II. — DES DIVERS MODES D'HYSTÉROPEXIES SUS-PUBIENNES ET OPÉRATIONS ANALOGUES

1. Des Hystéropexies.

L'opération, dont nous venons de parler, est l'Hystéropexie proprement dite, la *véritable Utérofixation*. Sa caractéristique, c'est l'*ouverture de la cavité abdominale*, dans le but de fixer l'utérus.

1. *Hystéropexie intra-péritonéale.*—L'accueil assez froid, fait au début à cette opération, en est la preuve; tout le monde redoutait, à bon droit, l'ouverture du ventre! Pour cette raison, et par opposition avec un autre procédé de fixation de l'utérus que nous devons maintenant mentionner, elle doit recevoir et garder le nom d'*Hystéropexie intra-péritonéale*.

Sans insister ici sur l'époque où fut conçu ce second procédé opératoire et sur ses diverses variantes, disons de suite qu'il consiste à fixer l'utérus à la paroi abdominale antérieure, *sans ouvrir la cavité péritonéale*. On peut juger ainsi de la différence capitale des deux méthodes.

2. *Hystéropexie extra-péritonéale.* — Pour exécuter cette dernière, on va à la recherche de l'utérus dans le fond du vagin; on le redresse, puis l'amène, toujours à l'aide de manœuvres vaginales, au contact de la paroi du ventre. Ceci fait, on le traverse, après avoir perforé cette paroi au-dessus du pubis, à l'aide d'une aiguille armée d'un fil; puis on le fixe. On peut aussi suivre une voie inverse et commencer par le vagin, enfoncer un trocart courbe, chargé d'un fil, à travers l'utérus et le faire remonter au-dessus de la symphyse; mais le principe de la méthode reste le même. « On n'ouvre pas le péritoine » ; on le traverse simplement à l'aide d'une aiguille ou d'un trocart, comme lors d'une simple ponction.

souvent aux prises avec les Naturalistes, « fabricants d'espèces, enfiévrés du *Mihi*, victimes de la *Nobisomanie* », pour n'avoir point redouté sans cesse de tomber dans le même défaut.

Cette manière de faire, qui est aussi, on le voit, une hystéropexie sus-pubienne et abdominale antérieure, comme la précédente, en diffère cependant par un point qui, au moins à première vue, paraît assez important : la non ouverture large de la cavité abdominale. On doit donc réserver à ce procédé une dénomination spéciale. Nous adoptons celle d'*Hystéropexie extra-péritonéale*, proposée par M. Terrier et qui exprime très bien ce que l'on veut faire ainsi comprendre [1].

2. Opérations analogues à l'Hystéropexie.

Nous avons l'intention de ne nous occuper dans ce travail, nous le répétons, que des opérations — dirigées contre les rétrodéviations utérines graves — qui s'exécutent par la *voie sus-pubienne*, tout en laissant de côté, pour des raisons que nous développerons plus loin, l'opération d'Alquié-Alexander ; car, à notre avis, elle ne peut s'appliquer aux faits que nous envisageons ici, les rétrodéviations de l'utérus *adhérentes* ou *graves*. Nous venons de définir ce qu'on entend par *Hystéropexie* et en particulier par *Hystéropexie sus-pubienne* [2] ; il ne nous reste plus dès lors à mentionner que deux autres procédés opératoires, si nous ne voulons pas nous égarer à nouveau dans l'étude des innombrables opérations vaginales

[1] C'est encore là un motif pour lequel nous préférons le terme d'*Hystéropexie abdominale* à celui de *Laparohystéropexie*. En effet la constitution même de ce dernier mot semble indiquer plutôt qu'il faut faire une laparotomie pour pratiquer une hystéropexie, que désigner une simple fixation (pexie) de l'utérus à la paroi abdominale (laparo, λαπάρα, flanc). Or, s'il en est réellement ainsi, le terme de laparohystéropexie ne peut plus convenir pour les cas d'hystéropexie extra-péritonéale, puisqu'il n'y a pas laparotomie. Il nous semble donc que nous avons eu raison de chercher un mot qui pût s'appliquer aux deux principaux procédés de fixation vraie de l'utérus.

[2] Nous avons déjà vu ce qu'il faut exactement entendre par *Hystéropexie vaginale* ; répétons qu'on connaît au moins deux opérations qui doivent porter ce nom : 1° l'Hystéropexie vaginale *antérieure* (opération de Schücking) ; 2° l'Hystéropexie vaginale *postérieure* (opération de Freund). A côté de ces deux modes d'intervention, il ne faut pas placer, on le sait, l'opération de Nicoletis, car c'est une *Trachélopexie vaginale postérieure* après amputation partielle du col, quoi qu'on en ait dit.

proposées dans ces dernières années pour corriger les déplacements de l'utérus en arrière, opérations impuissantes d'ailleurs à remédier aux lésions très sérieuses dont nous nous occupons exclusivement. Les interventions auxquelles nous faisons allusion portent les noms de *Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Utérins* et de *Redressement intra-abdominal de l'utérus.*

Ces deux méthodes opératoires n'ont en réalité rien d'analogue avec les deux variétés d'hystéropexie que nous venons de citer; mais elles ont un point commun, la *destruction préalable par la laparotomie des adhérences périutérines.*

Parmi les opérations de raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins, nous devons citer d'abord le *Raccourcissement intra-pelvien des Ligaments Ronds ;* c'est un intermédiaire très net, une transition très élégante, sinon à nos yeux très sûre, entre l'opération d'Alquié-Alexander et celle de Kœberlé. C'est, pour deux de ses modes d'exécution tout au moins, comme nous le verrons plus tard, une sorte d'Alexander poursuivi, si l'on peut s'exprimer ainsi, jusque dans l'intérieur de la cavité abdominale.

Quant à la seconde méthode opératoire, on le comprend de suite, elle n'est que le premier temps de l'hystéropexie intra-péritonéale et du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins ; elle consiste seulement dans la *Destruction des adhérences périutérines* suivie du *Redressement de l'organe.* On n'y a recouru de parti pris que dans ces derniers temps. Cette intervention, si simple, n'a pas encore eu jusqu'à aujourd'hui beaucoup de partisans.

Ceci dit, simplement pour mémoire et pour fixer les idées, car nous reviendrons bientôt sur ces procédés opératoires dans les chapitres suivants, on peut déjà dresser le tableau ci-dessous des principales opérations pratiquées par la voie sus-pubienne contre les rétrodéviations de l'utérus, si l'on en excepte du moins le simple *redressement intra-abdominal de l'utérus*[1].

[1] Si nous n'avons pas fait rentrer à dessein dans ce premier tableau le simple redressement de l'utérus, c'est que, dans ce procédé opératoire, il n'y a pas du tout de *fixation* de l'utérus après sa libération.

PRINCIPALES INTERVENTIONS (*Procédés de Fixation*)
PAR LA VOIE SUS-PUBIENNE CONTRE LES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES.

MODES DE FIXATION de l'Utérus	OPÉRATIONS Extra-péritonéales	OPÉRATIONS Intra-péritonéales
I. Fixation normale.	1° Raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds (Opération d'Alquié-Alexander).	2° Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.
II. Fixation anormale.	1° Hystéropexie extra-péritonéale.	2° Hystéropexie intra-péritonéale.

Les opérations, groupées sous le N° I, sont du même genre : mais ce ne sont pas là de véritables hystéropexies. On arrive à remettre en place l'utérus, parfois au moins, car ce procédé ne semble pas applicable à tous les cas, et à l'y *maintenir plutôt qu'à le fixer*, en utilisant des ligaments (ligaments ronds) déjà existants, mais pathologiquement allongés, qu'on raccourcit d'une manière ou d'une autre. Il y a, pour ce mode d'intervention, un certain nombre de procédés d'exécution sur lesquels nous insisterons.

Dans les opérations du groupe N° II, au contraire, on ne modifie pas des ligaments altérés ; on détermine la formation de liens fibreux, servant de *ligaments nouveaux* et destinés à remplacer les ligaments normaux hors de service. On *fixe réellement*, d'une manière artificielle mais solide, l'utérus, après son redressement. La différence nous semble assez nette pour qu'on ne mélange pas tous ces procédés opératoires.

Si nous voulons envisager maintenant le traitement des déplacements en arrière de l'utérus par les diverses opérations sus-pubiennes proposées, il nous faut dresser le tableau ci-contre, plus complet il est vrai, mais dans lequel nous

OPÉRATIONS SUS-PUBIENNES CONTRE LES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES.

OPÉRATIONS SUS-PUBIENNES contre les RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES [1]		A. — PAS DE FIXATION proprement dite DE L'UTÉRUS	B. — FIXATION DE L'UTÉRUS: I. — FIXATION NORMALE (Raccourcissement des Ligaments Utérins.)	B. — FIXATION DE L'UTÉRUS: II. — FIXATION ANORMALE (Hystéropexies.)
Opérations dites Extra-péritonéales.		»	*Raccourcissement extra-péritonéal* (sus-pubien) *des Ligaments ronds.* (Opération d'Alquié-Alexander.)	*Hystéropexie Extra-péritonéale.* 1° *S.-pubienne* (Sims-Caneva.) 2° *Vagino-pubienne.* (Candela.)
Opérations dites Intra-péritonéales. (Laparotomie préalable.)	*Opérations de transition.* (à rejeter d'avance.)	*Redressement de l'utérus avec étançonnage utérin.* (Sims-Polk.)	Redressement de l'utérus avec Alquié-Alexander type, complémentaire. (Opération combinée de Polk.) (Un cas.)	»
	Opérations en cours d'expérimentation.	*Redressement simple intra-abdominal de l'utérus.*	*Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments utérins.* 1° *Ligaments ronds* ...... a) Wylie-Ruggi. b) Polk. c) Dudley. 2° *Ligaments larges*...... a) Pr. de Tait (Pr. de transition). b) Pr. de Imlack. 3° *Ligaments utéro-sacrés.* Kelly-Frommel.	*Hystéropexie intra-péritonéale.* 1° *Abdomin. antérieure.* (Kœberlé) 2° *Abdomin. postérieure* (?) (Nobis)[2]. 3° *Vésicale ou Vésico-* (*fixation* Werth).

[1] Quelques unes de ces opérations peuvent s'appliquer au prolapsus utérin.

[2] Ne pourrait s'appliquer qu'à certains cas de prolapsus utérin.

avons fait entrer des interventions d'importance très différente; les unes n'ont guère qu'un intérêt historique et certaines autres sont bien loin d'avoir fait leurs preuves. Nous les avons mentionnées cependant et étudiées plus loin pour mettre sous les yeux du lecteur toutes les pièces du procès.

Nous devons définir sommairement les diverses opérations de ce tableau dont nous n'avons pas encore parlé.

A citer d'abord : 1° Le *Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Larges*. Nous n'y insistons pas ici, ayant l'intention d'y revenir longuement dans un autre chapitre ; d'ailleurs cette dénomination suffit pour faire comprendre de quoi il s'agit.

2° Le *Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utéro-sacrés* par la voie sus-pubienne semble avoir été proposé par Kelly; mais personne ne l'avait encore exécuté[1] avant Frommel. Il faut en effet rapprocher certainement de l'idée émise par Kelly l'opération imaginée par Frommel, quoiqu'elle ait été, malheureusement, très incomplètement étudiée. Signalée par les journaux qui ont publié l'analyse des communications faites au Congrès des Gynécologistes allemands à Fribourg en 1889[2], brièvement citée dans le compte rendu officiel de ce congrès, décrite à nouveau par son auteur[3], l'*Opération de Frommel* n'en reste pas moins d'une compréhension assez difficile, faute de détails suffisants. Le cas qu'il a opéré ainsi et auquel nous faisons allu-

[1] Ne pas confondre avec la même opération qu'on ferait par la *voie vaginale* (idée de Sænger), mise à exécution, dit-on, par Byford (sans que nous ayons pu nous en assurer). Il paraît que Schultze, vers 1880, aurait aussi proposé quelque chose d'analogue, mais nous ne savons exactement si c'est par le vagin ou la voie sus-pubienne.

Nous n'avons rien pu trouver sur ce sujet dans la littérature allemande. (Voir le premier tableau de ce chapitre.)

[2] *Arch. f. Gyn.*, 1889, p. 538, 2e semestre. Dans ce résumé seul, il est formellement dit que Frommel opère par l'abdomen (laparotomie); dans tous les autres articles publiés sur ce sujet, tout est « vague, confus et indistinct », quoique bien plus détaillé.

[3] Frommel (d'Erlangen). — *Ueber Operationbehandlung der retroflektirten Uterus* ; in *Centr. für Gyn.*, n° 6, 1890, page 94. (An. in *Ann. de Gyn.*, mai 1890.)

si on se rapporte en somme à une sorte de fixation des *deux replis de Douglas*, c'est-à-dire des ligaments recto-utérins, au *péritoine des parties latérales du petit bassin*, fixation qui a agi très vraisemblablement en *raccourcissant ces ligaments*. L'idée qui a guidé Frommel est donc, on le voit, analogue à celle de Kelly. Son opération mérite d'ailleurs une courte étude, que nous ferons ultérieurement.

3° L'*Hystéropexie postérieure de Freund* est, nous le savons, une opération vaginale applicable au prolapsus (*Hystéropexie vaginale postérieure*). Toutefois on pourrait peut-être l'*exécuter par la voie abdominale*; c'est pourquoi nous la citons à cette place. Mais ajoutons qu'il s'agit là d'une vue absolument théorique sur laquelle nous ne pouvons insister, puisqu'une telle opération n'a rien à voir avec les rétrodéviations de l'utérus.

4° Les autres opérations que nous avons dû faire entrer dans le dernier tableau se comprennent d'elles-mêmes. La *Laparotomie avec étançonnage rétro-utérin* [1] consiste dans le redressement de l'utérus rétrodévié par un drain placé temporairement dans la cavité de Douglas et sortant par la plaie. Quelques-uns ont cru qu'il valait mieux soutenir ainsi pendant quelque temps l'utérus libéré que de l'abandonner dans le ventre après son redressement, procédé plus simple dont nous avons déjà parlé ; ils n'ont probablement pas raison, car l'étançonnage nous paraît inutile. Nous reviendrons plus tard en quelques mots sur ce procédé, avant de décrire avec détails le raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges et utéro-sacrés et celui des ligaments ronds.

5° Quant à l'*Hystéropexie vésicale*, nous en reparlerons dans le cours de ce travail. Qu'il nous suffise de rapporter ici qu'il s'agit de la fixation de l'utérus à la face postérieure de la vessie. Cette opération, imaginée par M. le professeur Werth (de Kiel) en 1884, n'est donc qu'une *simple variété d'Hystéropexie sus-pubienne intra-péritonéale*. Pour être logique, nous aurions dû la décrire aux côtés de l'Hystéropexie abdo-

[1] Voyez Roux. — *Opération d'Alexander*; in *Revue méd. de la Suisse Romande*, n° 11, 20 novembre 1888, page 665.

minale antérieure ; mais son étude est de si minime importance que nous avons préféré la rapprocher des opérations jusqu'ici exceptionnellement pratiquées.

Plan. — Dans les différents chapitres qui suivront, notre objectif restera constamment l'étude de l'*Hystéropexie intra-péritonéale.* Nous grouperons tous les autres procédés que nous venons de citer autour de cette opération de choix et ne les décrirons que pour les comparer à cette méthode, qui aujourd'hui a fait ses preuves. De cette façon, leur description sera peut-être moins aride. Aussi bien un chapitre spécial leur sera réservé, sauf toutefois pour l'hystéropexie extra-péritonéale dont l'histoire, mieux connue, doit venir de suite après l'historique et le manuel opératoire de l'hystéropexie intra-péritonéale; car elle constitue, avec celle-ci, le le groupe des Procédés de *Fixation anormale* (véritables Hystéropexies). — On comprendra aussi pourquoi nous avons cru devoir reléguer au chapitre des suites opératoires de l'hystéropexie proprement dite le simple *Redressement intra-abdominal de l'utérus*, au lieu de l'intercaler au voisinage des procédés que nous avons groupés sous le nom de *Procédés de Fixation normale* (Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins), — quand on verra dans quelles conditions on a été amené à le proposer d'emblée pour le traitement des rétrodéviations non symptomatiques de tumeurs abdominales.

L'étude de l'*Hystéropexie intra-péritonéale*, envisagée de la sorte, comprendra donc les points suivants :

Chapitre II. — *Historique* de l'Hystéropexie intra-péritonéale.

Chapitre III. — *Manuel opératoire.* — Comme annexe : *Etude de l'Hystéropexie Extra-péritonéale*, appliquée aux rétrodéviations (histoire, manuel opératoire, critique).

Chapitre IV. — *Indications et contre-indications.* — Comme annexes : *a*). *Autres indications* de l'Hystéropexie intra-péritonéale : *Prolapsus de l'utérus* (voir Th. Dumoret); *Prolapsus des ovaires* (Kelly) ; *Inversion utérine* (*Nobis*); *b*) Etude spéciale des rapports de la Grossesse et de l'Hystéropexie.

Chapitre V. — *Comparaison de l'*Hystéropexie intra-péritonéale *avec les autres opérations sus-pubiennes* utilisées pour la cure des rétrodéviations et en particulier avec les procédés de fixation normale. (Etude du *Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins.*)

Chapitre VI. — *Suites opératoires et valeur thérapeutique* de l'Hystéropexie. — Comme annexe : Etude du *simple Redressement intra-abdominal de l'utérus.*

CHAPITRE II

HISTORIQUE

DE L'HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE

Sommaire. — Historique de l'Hystéropexie intra-péritonéale.

Première phase (Création). — Les inventeurs : Kœberlé et M. Sims. — Kaltenbach et Muller.

Deuxième phase (Transition). — Les imitateurs timides : Schrœder, G. Thomas, Tait, Hennig, Bardenheuer, Czerny, Staude, Prochownik, etc. — Les promoteurs : Klotz, Olshausen, Sænger, etc., en Allemagne; Kelly, etc., en Amérique.

Troisième phase (Adoption définitive). — Triomphe des doctrines aseptiques : Sænger, Léopold, Schauta, Prochownick, Marschner, Bode, Cohn, Martin, Odebrecht, Hofmeier, Præger, etc., en Allemagne; — Lee, Wylie, Boldt, Polk, Strong, Byford, Dudley, etc., en Amérique; — Terrier, Picqué, Lucas-Championnière, Routier, Pozzi, Quénu, Bazy, etc., en France; — Pascali, Cuzzi, etc., en Italie; — Toerngren en Finlande.

Il est parfois difficile, en histoire médico-chirurgicale, de découvrir l'inventeur d'une méthode nouvelle de traitement; de retrouver, au milieu d'une foule d'observations éparses dans la littérature médicale du monde entier, quel fut celui qui eut l'idée de telle ou telle opération, quel fut le chirurgien qui l'exécuta le premier.

Par bonheur, pour l'*Hystéropexie intra-péritonéale*, il n'en est point ainsi. Et si la dénomination d'une opération par le nom même de son inventeur n'entraînait à des abus regrettables, à des confusions réelles, à une habitude fâcheuse, ce serait le cas ou jamais d'appeler *Opération de Kœberlé* la méthode opératoire qui a pour but de fixer l'utérus au contact de la paroi abdominale antérieure, au cours d'une laparotomie.

I. — PREMIÈRE PHASE (*Création*).

Il est hors de doute en effet que c'est Kœberlé, qui en 1869 eut le premier l'idée de la possibilité de cette fixation *intra-abdominale* de l'utérus, et qui l'exécuta le premier le 27 mars de la même année, dans le but de remédier à une rétroflexion utérine, au cours d'une laparotomie faite pour combattre des accidents d'occlusion intestinale chronique. Mais cette opération, il faut y insister, a été faite de parti pris, entreprise de propos délibéré, le diagnostic de la cause de l'obstruction ayant été très nettement posé.

On le voit, d'un seul jet et du premier coup, qu'on nous passe le mot, par un véritable trait de génie, Kœberlé créait une méthode opératoire nouvelle. En raison des progrès de la chirurgie moderne, cette méthode était en effet appelée au plus brillant avenir, car elle doit être considérée presque comme le point de départ exclusif de toutes les fixations anormales d'organes (*Pexies*), entreprises de nos jours avec succès.

Quoique Kœberlé, dans la relation de son observation, publiée beaucoup plus tard (1877)[1], ait pris la peine de faire remarquer lui-même qu'il n'avait fait en 1869 qu'une opération de nécessité[2], le ventre étant ouvert et le diagnostic

[1] Kœberlé. — *Gastrotomie dans un cas de rétroversion de la matrice* in *Gazette médicale de Strasbourg*, page 28, n° 3, 1er mars 1877. Voyez aussi la reproduction un peu abrégée de cet article, sous un titre un peu différent, in *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1877.

[2] Il dit en effet : « J'ai profité de la circonstance de l'ouverture du ventre faite dans le but de remédier à l'iléus, pour guérir la rétroversion..... » On croirait d'après cela que la gastrotomie (lisez laparotomie) n'a pas été entreprise en vue de la rétroversion, mais à cause de l'iléus. Soit! Mais, en réalité, avant l'ouverture du ventre, il avait adopté la ligne de conduite opératoire suivante (page 65) : 1° « Réduire avec la main la rétroversion utérine, pour supprimer la cause de l'iléus ; 2° empêcher la reproduction de la rétroversion d'une manière permanente en fixant le ligament large d'un côté, par l'intermédiaire de la trompe et de l'ovaire de ce côté, dans l'angle inférieur de l'incision abdominale, en sacrifiant l'ovaire. »

Ainsi, à y regarder de près, c'est bien là une Hystéropexie entreprise de *propos délibéré*. Nous montrerons au cours de ce travail qu'on

s'étant confirmé, il n'en est pas moins vrai qu'il est bien l'inventeur de l'*H. intra-abdominale de propos délibéré pour les Rétrodéviations utérines* s'accompagnant de phénomènes graves. (Ici il s'agissait d'occlusion.) Qu'on relise son observation et l'on verra qu'il était bien plus préoccupé de cette fixation de l'utérus que de l'ablation de l'ovaire, faite en même temps, ovaire qui d'ailleurs était sain [1]. Toutefois il faut reconnaître que Marion Sims [2], l'illustre gynécologiste américain, eût de son côté la même idée en 1875, et cela sans avoir eu connaissance de l'opération faite en France

ne doit intervenir d'emblée de cette façon que lors de rétrodéviations s'accompagnant de phénomènes qu'on ne peut traiter par les moyens médicaux ; à plus forte raison interviendra-t-on toujours dans des cas analogues, où la vie est en danger par l'intensité des phénomènes morbides, comme dans l'iléus. Cette dernière considération montre bien que l'opération de Kœberlé doit rentrer dans la classe des Hystéropexies types. Et, à notre avis, Hégar et Kaltenbach (*Traité de Gynécologie opératoire*, traduction française de P. Bar, 1885, page 448) s'acharnent trop inutilement à montrer que Kœberlé n'a agi ainsi que parce qu'il y avait occlusion intestinale et non rétrodéviation. Cela est bien certain ; car personne, même aujourd'hui, ne se risquerait à redresser un utérus par la voie sus-pubienne, s'il n'y avait aucun trouble fonctionnel très sérieux. Peut-on croire un moment que Kœberlé, en 1869, ait pu penser à se conduire autrement ?

[1] Un certain nombre d'inexactitudes ont été imprimées un peu partout sur cette observation de Kœberlé. Il importe de les relever et de les mentionner, une fois pour toutes, car il s'agit là de la première observation d'hystéropexie, d'une observation fondamentale pour l'historique de la question. Elles sont dues à ce que les auteurs allemands, qui ont tenu à citer Kœberlé, ne se sont pas reportés aux deux articles détaillés, publiés en France par Kœberlé lui-même, et se sont bornés à lire des analyses écourtées et inexactes parues dans divers journaux allemands, entre autres la lettre de Von Scheletig, que nous signalerons plus loin, et qui fut adressée au *Centralblatt für medic. Wissenschaften* en 1869.

C'est ainsi que Schrœder (*Handbuch der weiblichen Geschlechtsorgane*, Leipzig, page 208), dont la faute a été signalée par M. Pozzi dans la revue critique dont nous reparlerons, a commis certaines erreurs ; de même plus tard, Olshausen — comme Kelly d'ailleurs — dit que Kœberlé opéra en 1877. Or, c'est le 27 mars 1869 que fut pratiquée la première hystéropexie, s'il est vrai que la description n'en fut faite d'une façon détaillée qu'en 1877. D'autre part, Sænger ajoute que Kœberlé sutura dans la plaie les *deux pédicules d'une ovariotomie double*. Or Kœberlé n'extirpa que la trompe et l'ovaire gauches.

[2] M. Sims. — *Remarks on Battey's operation;* in *The British medical Journal*, n°s du 8, 15, 22 décembre 1877, pages 841 et 881.

en 1869. Cet auteur prétend en effet que ce n'est qu'après avoir opéré ainsi une malade qu'il fit des recherches sur ce sujet dans la littérature médicale, et qu'il s'aperçût alors, à son grand étonnement, que le chirurgien de Strasbourg l'avait notamment devancé. D'ailleurs, en 1875, l'observation de Kœberlé, comme nous l'avons vu, n'était pas publiée *in extenso* et n'était connue que par une courte analyse parue dans un journal allemand et rédigée par Von Scheletig qui, au cours d'un voyage en France, avait eu la chance d'assister à cette opération désormais historique [1].

Nous croyons devoir ajouter que c'est M. Courty (de Montpellier) qui a fait le premier connaître en France le travail de Sims, mémoire que, jusqu'à présent, personne chez nous n'avait songé à mentionner et à étudier [2].

M. le Dr G. Wylie a voulu, il y a deux ans, revendiquer pour Sims, la conception et l'exécution de l'opération de Kœberlé. En effet, lors d'une discussion à la suite d'une communication de Lee, à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie* de New-York [3], M. Wylie a dit qu'il croyait « que l'idée d'attacher l'utérus à la paroi abdominale, au cours d'une laparotomie, avait été mise en pratique pour la première fois par Marion Sims, il y a environ vingt ans ».

Or cette assertion paraît controuvée, d'abord par la date de l'opération de Kœberlé, qui elle est bien de 1869, puis par le mémoire même de Sims. Il suffit pour cela de lire les réflexions qui accompagnent la relation des observations rapportées par Sims lui-même. M. Wylie exagère donc, en réclamant, pour l'Amérique, une découverte absolument française (*Hystéropexie intra-péritonéale*) ; mais il a eu, du moins, le mérite de rappeler à ses compatriotes, comme Emmet plus tard, ce qu'avait fait le premier, en réalité, Sims, c'est-à-

[1] Von Scheletig. — *Ueber eine radicale Operation zur Beseitung der Retroversion und Retroflexion Uteri* ; in *Centralblatt für medicinische Wissenschaften*, juin 1869, p. 417.

[2] Courty. — *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, 3e édition, Paris, 1879, p. 707.

[3] Séance du 25 octobre 1888, analysée in *The New-York medical Record*, 16 novembre 1888, n° 19, t. XXIV.

dire une tentative d'Hystéropexie *sans laparotomie*, tentative qui n'aboutit pas d'ailleurs. Nous reviendrons sur ce point d'historique à propos de l'*Hystéropexie extra-péritonéale*.

Si Kœberlé et M. Sims pratiquèrent les premiers la fixation de l'utérus dans les cas de rétrodéviations graves ; si bientôt après Schrœder en faisait autant en 1878, suivant leur exemple (ou plutôt celui de Kœberlé, car il ignorait les faits de Sims) [1], et reconnaissait que cette manière de procéder était le meilleur des traitements, il ne faut pas oublier qu'un autre chirurgien avait, dès le 2 décembre 1876, immédiatement après Sims, eut une idée analogue qu'il appliquait, il est vrai, à la cure d'un autre genre de déplacement utérin, le Prolapsus : c'était Kaltenbach [2]. Il fut d'ailleurs bientôt suivi dans cette voie par Muller (de Berne) (16 juin 1879) [3].

Ainsi donc, dès 1879, l'Hystéropexie était créée de toutes pièces et appliquée déjà en dix ans, aux deux affections contre lesquelles elle est préconisée aujourd'hui. Et pourtant le plus fameux principe de la Doctrine chirurgicale moderne (innocuité de l'ouverture de la cavité péritonéale) n'était encore que dans l'enfance et ne pouvait alors être adopté sans conteste.

Ces chirurgiens avaient montré cependant que l'opération était possible, efficace et relativement bien moins dangereuse que la plupart des autres opérations abdominales. Que pouvait-on exiger de plus à une époque où l'on ne savait pas pourquoi telle laparotomisée succombait à une péritonite,

[1] Schrœder. — *Handbuch der weiblichen Geschlechtsorgane*. Leipzig, 1886, p. 208 (cité par Kelly). Voyez aussi traduction française et *Bericht über weitere 50 Ovariotomien* ; in *Berliner klinische Wochenschrift*, nº 1, 1879, p. 3 (Cas 72 du tableau de Schrœder.)

[2] Kaltenbach. — *Beitrag zur Laparotomie bei fibræsen Tumoren des Uterus* ; in *Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynækologie*, t. II, p. 183, 1878.

[3] Voyez, pour plus de détails sur ce dernier point, la thèse de doctorat de M. P. Dumoret : *Laparohystéropexie contre le Prolapsus utérin*, Paris, Lecrosnier et Babé, 1889 ; et une revue générale qu'il a récemment publiée ; in *Gazette des hôpitaux*, 30 novembre 1889, nº 137, p. 1245.

alors que sa voisine, opérée de la même façon et pour une affection identique, guérissait à merveille?

Voilà la première phase de l'histoire de l'hystéropexie terminée. — On pourrait l'appeler la *phase de création* de cette opération. Avec Kœberlé, nous avions eu l'Hystéropexie *de propos délibéré* contre la *Rétrodéviation*; avec Sims et Schrœder, il s'agissait d'Hystéropexiés *complémentaires*, dirigées contre la même affection. D'autre part Kaltenbach faisait la première Hystéropexie *complémentaire* pour *prolapsus* et Muller la même opération, *de parti pris*, pour des accidents analogues.

II. — DEUXIÈME PHASE (*Phase de transition*).

A partir de cette époque, ou plutôt trois ou quatre années plus tard, vers 1883-84-85, la question entre dans une nouvelle phase à l'étranger (Angleterre et Allemagne). Les progrès des doctrines antiseptiques enhardissent les gynécologistes qui hésitent de moins en moins à faire des laparotomies; et l'hystéropexie est tentée de temps en temps, aussi bien pour le prolapsus de l'utérus que pour les rétrodéviations de cet organe. — C'est là une deuxième phase de l'histoire de cette opération, *phase* toute *de transition*, qui va de 1880 à 1885 environ.

Pour ne parler que de l'hystéropexie employée dans les cas de rétrodéviations, Lawson Tait, au dire de Kelly, pratique deux fois cette opération en 1880 pour des rétroflexions très marquées. Ces deux observations ne nous sont connues que par le résumé publié par Kelly dans son premier travail sur cette question [1]. Puis, Hennig signale l'opération qu'il a faite en 1881, à la *Société obstétricale de Leipzig*, à propos d'une communication de Sænger.

Mais c'est Klotz qui en Allemagne prône, à partir de 1883,

[1] Nous n'avons pas pu nous procurer à Paris l'ouvrage de Lawson Tait où Kelly a trouvé ces deux observations relatées (*The pathology and treatment of diseases of the ovaries*, p. 94 et 95, 3e édition americaine.)

l'hystéropexie; et en 1885 un grand nombre de chirurgiens allemands suivent son exemple[1] (Stauda, Bardenheuer, Zweifel, Czerny, Olshausen, etc.). Le mémoire important publié par ce dernier auteur remet cette question à l'ordre du jour et, à partir de ce moment (1886), les travaux se succèdent, *à quelques mois d'intervalle à peine*, en Allemagne. La méthode à laquelle Klotz s'est arrêté s'appelle le Procédé de Kœberlé-Klotz, par opposition à celui d'Olshausen, qu'on dénomme alors Procédé d'Olshausen.

Prochownick (cité par Spaeth), puis Werth (cité par Kelly), et bien d'autres en Allemagne, S. Keith à Edimbourg, font aussi des opérations analogues.

D'autre part, l'Amérique marche dans la même voie et Kelly essaie de remettre en honneur, de l'autre côté de l'Atlantique, l'opération de Kœberlé qu'il appelle Hystérorrhaphie et que G. Thomas aurait déjà pratiquée à New-York. Il fait des communications importantes à la *Société d'Obstétrique de Philadelphie* et donne l'élan dans son pays.

III. — TROISIÈME PHASE (*Adoption définitive*).

A partir de ce moment commence une *troisième phase*, assez distincte de la précédente. Dès maintenant, l'hys-

[1] Il résulte de la lecture du mémoire de Klotz que, dès 1883, ce chirurgien avait eu l'idée de refaire l'antéfixation de l'utérus. Au début de ses tentatives, il fit tantôt la suture du fond, tantôt la suture des cornes à la paroi abdominale. En 1883, il opéra ainsi trois malades atteintes de rétroflexion, ignorant complètement quelles pouvaient être les idées d'Olshausen sur ce sujet. Il est vrai que ces trois opérations-là furent suivies d'insuccès complets. Mais bientôt, changeant de procédé, il put être, dans certains cas au moins, plus heureux. De 1883 à la fin de 1886, il revint à un procédé très voisin de celui employé et décrit par Kœberlé : castration et fixation d'un seul pédicule ovarien ou salpingien ou d'une trompe seulement, à la plaie abdominale. Il y recourut 12 fois, 6 fois avec succès. Une de ses opérées, ayant eu une hémorrhagie interne fort sérieuse qui mit ses jours en danger, il résolut dès lors de placer à l'avenir au-dessus de l'utérus, un drain en verre descendant jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. — Si nous insistons ainsi sur le rôle de Klotz dans cette question, c'est que réellement il a été un des premiers défenseurs de l'Hystéropexie, ce qu'on a trop oublié par suite du retentissement des travaux d'Olshausen et de Sænger.

téropexie est adoptée comme opération pouvant être faite de parti pris, grâce aux nombreux perfectionnements et à l'avènement absolument définitif de la doctrine aseptique, cela en dépit de quelques échecs thérapeutiques (car il n'y a pas encore eu, à proprement parler, d'accidents opératoires graves) qui sont dus à l'emploi d'une technique encore dans l'enfance.

Mais revenons en Allemagne où Klotz a déjà pratiqué un grand nombre d'hystéropexies par des procédés divers. S'il ne publie rien, alors même qu'Olshausen a décrit déjà, en 1886, l'hystéropexie qu'il a faite de parti pris en 1885, s'il attend l'apparition du fameux mémoire de Sænger, que renferme au commencement de 1888 le *Centralblatt für Gynækologie*, aussitôt, dans une série d'articles, il réclame l'antériorité et fait connaître les résultats de ses nombreuses interventions. Peu de temps après viennent les grands mémoires de Léopold (de Dresde), de Czerny (d'Heidelberg), les communications de Schauta (de Prague), etc. A cette époque, dans les principales sociétés de gynécologistes allemands, des discussions sans fin ont lieu sur ce sujet, auxquelles prennent part Klotz, Korn, Léopold, Olshausen, Sænger, Schramme, Marschner, Bode (de Dresde), etc., etc.

Kelly publie un nouveau travail, et à son tour l'Amérique entre en lice avec les communications de W. Polk, C. Lee, Coe, Boldt, Munde, G. Wylie, Wendt, etc., etc., à la *Société gynécologique* ou à l'*Académie de Médecine de New-York*. A citer surtout l'important travail de Lee, car celui de Wylie ne se rapporte qu'accessoirement à l'hystéropexie proprement dite, et l'article plus récent de Strong (de Boston). Mais l'historique n'est qu'ébauché dans ces mémoires qui renferment d'ailleurs un certain nombre d'inexactitudes [1].

[1] D'abord, à propos du fait de Kœberlé, ce qui n'a rien d'extraordinaire; puis de celui de Kelly, ce qui se comprend moins, étant données les relations de Lee et de Kelly, gynécologistes américains tous les deux. (Erreurs de dates pour les opérations nombreuses subies par les malades de Kelly ; comparez le texte de Kelly et les observations résumées dans notre tableau avec celui de Lee.)

De même on trouve dans le mémoire de Lee (*Loc. cit.*) les lignes suivantes : « En 1885, Kœberlé publia dans le *Handbuch der Frauen-*

Ce n'est qu'en 1888 que cette opération d'origine française nous revient d'Amérique et d'Allemagne, sous le nom d'*Opération d'Olshausen* et *de Sænger* et sous celui non moins barbare de *Ventrofixation*. Tandis qu'en Allemagne on l'appelle *Opération de Kœberlé* (Klotz et Sænger), en France on oublie presque le nom de l'inventeur, comme sa remarquable observation des *Bulletins de la Société de Chirurgie*.

Encore, pour regagner le pays français, l'hystéropexie passe-t-elle d'abord par chez nos voisins de langue française, comme si elle ne pouvait, du premier coup, revenir sans étapes à son pays d'origine.

En Belgique, en effet, M. Fraipont fait connaître un cas d'hystéropexie, exécutée par Von Winiwarter d'une façon un peu spéciale. Comme les autres auteurs qui se sont occupés de cette question à l'étranger, M. le Dr Fraipont fait suivre l'observation de l'hystéropexie complémentaire, qu'il publie en 1887, d'un court historique ; mais il est, comme les autres, incomplet et un peu inexact, car il n'a pas pu, sans doute, recourir aux mémoires originaux. Il est vrai qu'il cite un cas de Byford que nous n'avons pu retrouver et qu'il décrit le procédé d'antéfixation employé par M. le professeur Von Winiwarter : ce mémoire mérite donc une des bonnes places dans l'historique que nous essayons d'élucider.

A l'époque de nos premières recherches bibliographiques sur ce sujet (juin 1888), personne en France n'avait encore parlé d'hystéropexie. A l'exception d'un article de critique sur le traitement des rétroflexions utérines en général de Mlle Edwards, paru dans le *Progrès Médical* et où ce procédé,

krankheiten de Billroth et Luecke (volume Ier, p. 767, Stuttgard, 1885) l'histoire d'un cas, dans lequel en 1877 il avait enlevé les annexes de l'utérus, et, après avoir soulevé l'utérus de la cavité de Douglas, il avait suturé les moignons de ces annexes à la plaie abdominale... » Nous devons ajouter toutefois que Kelly a rétabli les faits et rectifié, pour l'Amérique, les erreurs commises en ce qui concerne l'observation de Kœberlé dans une communication orale faite à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de New-York*, le 25 octobre 1888, lors de la discussion qui suivit la lecture du mémoire de Lee devant cette société (*New-York medical Record*).

alors mal connu, était, sinon malmené, du moins à peine signalé, on ne possédait chez nous aucun travail sur ce sujet.

Pourtant M. Terrier venait de faire la première hystéropexie pratiquée en France le 13 mars 1888.

Plusieurs mois après, M. Picqué pratiquait la même opération, mais la communiquait de suite à la *Société de Chirurgie* (17 octobre 1888). Cette question étant à l'ordre du jour à l'étranger, le rapporteur de la communication de M. Picqué, M. le Dr Pozzi, fit à ce propos un historique fort complet pour cette époque, mais auquel cependant, comme on a pu déjà le voir, nous avons ajouté quelques cas épars çà et là dans la littérature étrangère. Cette revue critique, ayant attiré l'attention des chirurgiens français, amena la publication, dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie* des trois observations de notre maître M. Terrier, puis de celles des opérées de MM. Lucas-Championnière, Routier, etc., etc.; et une discussion assez vive, à laquelle prit part M. Trélat, s'éleva sur cette nouvelle méthode de traitement des rétrodéviations utérines.

Parallèlement avait lieu, devant la même Société, une discussion encore plus intéressante sur l'application de l'hystéropexie à la cure du prolapsus utérin, à l'instigation de M. Terrier, qui venait de faire aussi la première opération de ce genre en France avec un succès complet [1].

Dès lors parurent dans les journaux une série de Revues. résumant la question sous ses différentes faces et quelques thèses. D'une façon générale — qu'on nous pardonne cette critique — ces travaux fort incomplets, rédigés à la hâte, émaillés de trop d'inexactitudes, n'ont fait qu'obscurcir l'historique de l'hystéropexie intrapéritonéale, déjà fort difficile à débrouiller. Nous citerons, parmi ces derniers, les articles de MM. Verchère, Barette, Picqué, Fraipont, Debierre, etc., et celui de M. Maygrier, paru dans l'*Année médicale* de 1888.

Une thèse allemande, faite à Iéna par M. Fritz Reich sur le traitement opératoire de la rétroflexion utérine et où se trouve

[1] Voir Dumoret. *Loc. cit.*

un tableau des principales observations d'hystéropexies publiées, nous arriva alors vers la fin de l'année 1888. Elle renferme l'observation, jusque-là inédite, de Schultze.

Quelques mois plus tard, enfin, une thèse, celle de M. Racoviceanu, était soutenue en français sur les ressources opératoires dans les rétrodéviations chroniques de l'utérus ; mais l'hystéropexie y était un peu trop sacrifiée. On y trouvera quelques observations de M. Picqué.

Depuis cette thèse, importante d'ailleurs, aucune observation n'a été publiée en France. Il n'y a pas eu non plus de nouveau travail d'ensemble sur ce sujet ; mais, chez nous comme à l'étranger, dans les pays de langue allemande, en Russie et en Amérique, dans les Sociétés de gynécologie et dans divers Congrès, il en a été question à bien des reprises pendant les derniers mois de 1889. Nous devons rappeler à ce propos la courte communication de Slavjanski à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Saint-Pétersbourg*, où il rapporte deux cas nouveaux ; puis celles de Zinsmeister et de Lihotzky à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Vienne*, où ces auteurs font connaître une dizaine de cas. Une discussion sérieuse avait lieu à la même époque sur ce sujet au dernier *Congrès des Gynécologistes Allemands*, réunis à Fribourg, à la suite d'une communication de Küstner ; et quelques mois plus tard paraissait le très important travail de Spaeth (de Hambourg), à qui l'on doit la relation de douze cas récents de Prochownick (1888-1889), ainsi que de trois cas anciens remontant à 1884-1887. La même année, au mois de novembre, une nouvelle discussion se produisait à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie* de Berlin, motivée par une communication un peu timide de Veit sur le traitement des rétrodéviations utérines. Les gynécologistes, qui prirent alors la parole, apportèrent, au milieu d'une discussion fort animée et fort importante, un certain nombre de cas inédits[1] (Cohn, Odebrecht, Gottschalk, Martin, etc.). Quelques semaines auparavant (septembre) en Amérique, au

[1] Au récent *Congrès de Naturalistes et Médecins allemands* à Heidelberg, on n'a parlé que de l'hystéropexie pour prolapsus.

Congrès de la Société Américaine de Gynécologie assemblée à Boston, Polk reprenait la même question et était argumenté par Kelly et Boldt, dont les communications ont fait connaître quelques faits nouveaux.

A citer encore les noms d'Hofmeier et de Præger en Allemagne ; de Brown en Angleterre ; ceux de Cuzzi, Pascali et Mangiagalli en Italie ; de Toerngren en Finlande, etc., etc., car ces chirurgiens ont publié d'intéressantes observations.

Pendant ce temps, des chirurgiens français continuaient à exécuter cette opération[1]. En dehors de M. Thiriar (de Bruxelles) et de M. Terrier, citons seulement MM. Pozzi, Bazy, Quénu, Poncet (Lyon), Terrillon, Richelot, Segond, etc.

Nous voilà avec un stock de plus de 235 cas, sur lesquelles il y a environ 150 à 180 observations à peu près complètes. C'est avec des documents aussi considérables qu'on doit désormais étudier l'hystéropexie pour rétrodéviations utérines ; et pourtant il persiste un désiratum. Dans la plupart des cas, *les opérées n'ont pu être suivies un temps suffisant* ! Nous espérons, malgré cela, qu'après avoir classé, comme nous l'avons fait, ces nombreuses opérations, on pourra plus facilement ajouter désormais aux diverses observations, jusqu'ici éparses dans la littérature, les renseignements qui seront consignés dans les communications des divers opérateurs[2]. Il sera alors facile de savoir ce que vaut vraiment l'hystéropexie contre les rétrodéviations utérines.

On le voit, toute cette histoire déjà longue est presque

[1] On trouvera la relation de la plupart de ces observations à la fin de ce travail.

[2] Nous avons à dessein passé sous silence les noms d'un certain nombre d'auteurs, qui, dans les Traités de Gynécologie, ont dit, en passant, quelques mots sur l'hystéropexie appliquée au traitement des rétrodéviations utérines. La plupart de leurs descriptions étant inexactes, et d'autre part, étant donné l'époque à laquelle elles ont été faites, on comprend qu'il soit peu intéressant de rapporter ici ce que pensaient Schultze, Hégar et Kaltenbach, etc., quand ils ont publié leurs ouvrages didactiques. On trouvera d'ailleurs à l'article *Bibliographie* des renseignements suffisants à ce propos ; nous y avons cité tous les auteurs qui se sont occupés de cette question.

tout entière à l'actif de la fixation de l'utérus. Ce qui n'a pas empêché, en 1889, un de nos maîtres de la Faculté de Paris de vouloir rayer, d'un seul trait de plume et dans un accès de mauvais... humour, tout ce passé brillant; de décrier les efforts faits depuis dix ans par les chirurgiens de tous les pays. Du haut de sa chaire, il lance l'anathème sur de pareilles audaces : « Depuis quelques mois, s'écrie-t-il, les faits d'hystéropexie se multiplient d'une *manière inquiétante* pour les malades abandonnés *sans protection* dans nos hôpitaux aux *entreprises chirurgicales* les plus hasardeuses et les moins justifiées[1]. » Les étrangers, à la lecture de tels passages, s'étonnent à bon droit. Ils ne savent que penser et ils n'ont pas tort. C'est alors qu'ils accusent la chirurgie française de suivre d'un pas boiteux les progrès de la science d'Outre-mer et d'Outre-Rhin, quand ils voient condamner ainsi de parti pris, et sans examen préalable, une opération (l'Hystéropexie type de propos délibéré) qui jusqu'ici n'a pas entraîné le moindre accident grave et qui, dans le plus grand nombre de cas, comme nous espérons pouvoir le démontrer dans les pages suivantes, a amené la guérison radicale des malades[2].

L'historique que nous venons d'ébaucher n'a trait qu'à l'*Hystéropexie intra-péritonéale*[3], qu'à l'*Hystéropexie proprement dite*, la seule qui doive désormais rester dans la pratique.

Nous devrions maintenant esquisser celui de l'*Hystéropexie*

[1] Malgaine et Lefort. — *Manuel de Médecine opératoire*. Seconde partie, 9e édition, p. 759, Paris, 1889.

[2] Quand on songe que dans un grand ouvrage classique récent (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1re série, t. II, 1re partie, p. 27, article *Utérus*), on lit encore qu'il n'y a que l'hystérectomie à faire dans les cas graves de rétrodéviations utérines, on comprendra quel intérêt il y avait à réunir en un bloc les 235 opérations d'hystéropexies publiées jusqu'à ce jour !

[3] Quant au *Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments utérins*, comme nous l'avons déjà fait remarquer, ce n'est point là une variété d'hystéropexie ; nous renvoyons donc le lecteur au chapitre spécial que nous consacrons plus loin à ce nouveau mode de traitement, totalement inconnu en France, même à l'heure qu'il est.

extra-péritonéale; mais, pour mieux isoler ces deux méthodes, assez disparates en réalité et dont la valeur est fort différente, nous préférons n'y point insister ici, nous réservant, en décrivant le manuel opératoire et ses diverses variantes, de faire en quelques mots l'histoire courte d'ailleurs de chacun des procédés de fixation de l'utérus sans ouverture de l'abdomen.

CHAPITRE III

MANUEL OPÉRATOIRE

SOMMAIRE. — § I. — HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE.

Division : 1° Hystéropexie de propos délibéré; 2° Hystéropexie complémentaire.— Description du manuel opératoire de l'Hystéropexie type.

I. — *Description de l'opération proprement dite.*

1° Laparotomie exploratrice : incision de la paroi abdominale; examen des organes abdominaux (exploration) ; fermeture de l'abdomen.

2° Fixation de l'Utérus.— 1° *Destruction des adhérences :* à la main ; au thermocautère. — 2° *Fixation de l'utérus proprement dite.* Description des procédés. 1° Fixation directe (suture de l'utérus lui-même à la paroi). A). Anciens procédés (Thomas, Tait, Czerny). B). Procédés actuels : *a*). Procédé de Léopold ; *b*). Procédé de Czerny-Terrier; *c*). Procédé de Pozzi ; *d*). Procédé de Picqué ; *e*). Procédés de Zinsmeister et Faucon.— 2° Fixation semi-directe et indirecte (suture des annexes de l'utérus à la paroi). A). Fixation des cornes utérines : *a*). Procédé d'Olshausen-Sænger; *b*). Procédés de Kelly. B). Fixation des ligaments larges : Procédé de Von Winiwarter. — 3° Procédés divers (combinaisons variées) : *a*). Procédé de Klotz (étançonnage) ; *b*). Procédé de fixation directe et indirecte combinées ; *c*). Procédé de Doléris.

I. — *Détails spéciaux relatifs à l'opération.*

1° Fils fixateurs. 2° Détails opératoires divers : suture de la plaie abdominale; drainage; pansement vaginal post-opératoire. 3° Détails post-opératoires : port d'un pessaire.

§ II. — HYSTÉROPEXIE EXTRA-PÉRITONÉALE.

Division : 1° *Hystéropexie sus-pubienne.* A. Historique. B. Manuel opératoire : 1° Procédé de Caneva (modifications : Kaltenbach, Vaton) ; 2° Procédé de Kelly. — 2° *Hystéropexie vagino-pubienne* (Candela). Historique et manuel opératoire. — 3° *Critique de l'Hystéropexie extra-péritonéale.*

DE L'HYSTÉROPEXIE

INTRA-PÉRITONÉALE ET EXTRA-PÉRITONÉALE

Dans ce Chapitre, qui sera exclusivement réservé aux di-

verses variétés d'Hystéropexie, nous traiterons successivement du manuel opératoire de l'

1° Hysteropexie intra-péritonéale.

2° Hystéropexie extra-péritonéale.

Il semble qu'il eût été plus logique de décrire tout d'abord l'Hystéropexie extra-péritonéale, puisqu'elle est une sorte d'intermédiaire entre l'Alquié-Alexander et l'opération de Kœberlé. Pourtant nous la reléguerons à la fin de ce chapitre : non pas parce qu'elle est d'invention plus récente que l'hystéropexie intra-péritonéale, puisqu'il paraît que Marion Sims en conçut le premier l'idée vers 1859; mais parce que son importance, comparée à l'autre, est trop minime, parce qu'elle n'a, en quelque sorte, qu'un intérêt historique ; et que, d'ici à quelque temps, elle sera absolument délaissée, comme elle le mérite d'ailleurs.

ARTICLE I

HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE

Division. — L'Hystéropexie intra-péritonéale peut s'adresser d'emblée à la cure des rétrodéviations utérines, diagnostiquées ou non.

Dans ces cas, elle constitue l'opération dite *Hystéropexie de propos délibéré*, Hystéropexie *de parti-pris*, Hystéropexie *type*, Hystéropexie véritable (*Reine Ventro-fixatio* de Sænger, des Allemands).

Dans d'autres cas, au contraire, elle ne constitue qu'u temps, important il est vrai, mais secondaire, d'une laparotomie, faite surtout pour des lésions des annexes (Salpingectomie, Oophorectomie, etc.) : c'est alors l'*Hystéropexie complémentaire*, *fortuite*, ou encore *supplémentaire*.

Dans l'étude qui va suivre nous supposerons, bien entendu, qu'il s'agira toujours d'une *Hystéropexie type* (Reine Ventrofixatio), pour simplifier la description et ne pas nous perdre dans des détails qui n'auraient aucun rapport immédiat avec l'opération dont nous allons maintenant faire connaître le manuel opératoire.

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉROPEXIE TYPE

(*Reine Ventro-fixatio.*)

I. — Opération.

L'Hystéropexie est toujours une opération assez complexe, car elle comprend différents temps. Il importe de les bien séparer dans la description, quoique, en pratique, certains d'entre eux soient souvent confondus.

Les deux temps principaux sont :

1° La laparotomie exploratrice ;

2° La fixation de l'utérus proprement dite.

I. — LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

La Laparotomie exploratrice, c'est-à-dire l'opération qui consiste à ouvrir la cavité abdominale sur la ligne blanche et à examiner l'état des organes contenus dans l'abdomen, comprend elle-même trois temps distincts :

1° *L'incision de la paroi abdominale ;*

2° *L'examen des organes abdominaux ;*

3° *La fermeture de l'abdomen.*

Nous ne dirons rien ici des précautions à prendre lorsqu'on veut entreprendre une telle opération ; nous ne parlerons qu'à peine de la façon d'ouvrir et de refermer le ventre. Que l'on fasse une hystéropexie pure ou une salpingectomie, rien n'est, en effet, changé d'une façon générale[1] dans deux de ces temps (premier et troisième), comme pour toutes les opérations de cette sorte.

1° *Incision.* — Quelques chirurgiens pourtant ont recommandé, dans les cas où l'on croit pouvoir se borner à une hystéropexie simple, sans ablation des annexes, de ne faire qu'une *très petite incision* à la paroi abdominale, de trois centimètres environ, et située à un travers de doigt au-dessus du pubis. A leur avis, il est inutile d'augmenter sans nécessité les dimensions de la plaie, pour éviter dans la suite une cicatrice trop longue, pour avoir moins de chance d'éventration, et surtout pour ne pas diminuer la résistance de la paroi qui doit être le nouveau soutien de l'utérus.

Les inconvénients d'une trop petite incision sautent cependant aux yeux ; dans beaucoup de cas, en effet, on fait d'abord une laparotomie exploratrice, et, pour explorer le petit bassin, il est souvent besoin d'y introduire plus d'un ou de deux doigts. De plus, très souvent aussi, on trouvera des adhérences multiples, solides, difficiles à détruire, saignant plus ou moins

[1] Nous verrons bientôt que certains chirurgiens ouvrent et ferment l'abdomen d'une manière un peu particulière; mais il ne s'agit que de points de détails sans importance réelle.

quand on les déchire ; ou bien l'on devra en même temps intervenir du côté des annexes. Pour n'être pas gêné pour bien faire l'hémostase, pour ne pas éprouver les ennuis mentionnés par M. Piequé — qui pourtant préconise une petite incision — et par Sænger (Cas VII) [1], on ne devra donc pas hésiter à faire une incision suffisamment longue. Si elle a été commencée trop courte, on ne craindra pas de l'agrandir, car l'importance de l'éventration consécutive, quand elle survient, ne paraît pas — en général du moins, — être en rapport avec les dimensions de la plaie abdominale ; elle semble plutôt dépendre de l'*état antérieur des parois du ventre* (Terrier).

Il faut à tout prix, sinon toujours, voir ce que l'on fait, du moins savoir vraiment ce que l'on a à détruire ou à enlever. Il ne faut jamais oublier que l'on peut ouvrir le rectum en déchirant de solides adhérences, si l'on procède à l'aveugle.

2° *Exploration du petit bassin.* — Le seul temps de la laparotomie exploratrice qui nous intéresse réellement est donc celui qui correspond à l'exploration proprement dite de la cavité abdominale.

Le péritoine ouvert, le chirurgien, à l'aide de la main droite introduite dans l'abdomen, explorera tout d'abord — avec la circonspection qu'on doit apporter habituellement dans les recherches de ce genre — l'état de l'utérus. Ceci fait, il s'efforcera de reconnaître si les *annexes* sont atteintes et quelles lésions elles présentent.

Que le diagnostic, posé antérieurement à l'opération, se vérifie ou non, le chirurgien, après avoir terminé l'exploration du petit bassin, décidera — seulement à ce temps de laparotomie — quelle conduite il doit tenir exactement. Doit-il agir d'abord sur les annexes d'un côté ou des deux côtés, ou bien se borner à intervenir sur les ovaires ou sur les trompes, ou sur l'utérus seulement ?

Suivant la nature du déplacement utérin constaté (*Rétroflexion* ou *Rétroversion*), selon que l'utérus sera *mobile*, *en-*

[1] Kiriac (*Loc. cit.*) recommande comme nous une incision suffisante dans les hystéropexies pour prolapsus.

clavé ou très solidement *fixé* dans le petit bassin par des adhérences nombreuses ou résistantes, il devra se conduire d'une façon différente dans chacun de ces cas.

Mais, en réalité, il ne se présente guère que deux alternatives :

1° *Il y a des adhérences solides* qui fixent l'utérus dans une position anormale ;

2° *Il n'y a pas d'adhérences* (ou elles ne sont que très légères et très faciles à rompre en quelques secondes), et l'utérus est plus ou moins *mobile* dans le petit bassin, tout en occupant une position vicieuse.

Dans ce *second cas*, les annexes (ovaires ou trompes) sont assez souvent saines ; en tous cas, des observations montrent qu'elles peuvent l'être. (Voir Tableau II.)

Dans le *premier cas*, au contraire, la plupart du temps les annexes sont atteintes d'oophoro-salpingite chronique, simple ou double, avec périoophorite et périsalpingite, etc. En même temps que l'on traitera le déplacement utérin, il faudra donc exécuter l'ablation de ces annexes.

S'il n'y a *pas d'adhérences*, et si les annexes sont saines, il ne reste à faire que l'Hystéropexie proprement dite.

Si elles existent, après ou avant une salpingo-oophorectomie simple ou double, il faudra *détruire les adhérences péri-utérines* et n'entreprendre qu'en dernier lieu la fixation de l'utérus. Cette destruction des adhérences est un *temps bien plus important qu'on ne serait tenté de le croire* au premier abord. Il est si important que parfois il peut permettre de conserver les annexes saines ou à peine atteintes, mais englobées dans des fausses membranes plus ou moins abondantes, et qu'il *peut même dispenser de la fixation de l'utérus*, d'après certains auteurs, comme nous le montrerons dans un chapitre ultérieur[1]. Il faut donc l'accomplir avec soin. M. Lucas-Championnière et bien d'autres auteurs y ont insisté avec juste raison. Et c'est là peut-être un des points sur lesquels on peut le mieux juger les laparatomistes de profession, à l'heure présente du moins.

[1] Voir chap. VI.

II. — FIXATION DE L'UTÉRUS

Nous venons de voir que, dans la plupart des cas, il faut détruire les adhérences périutérines nombreuses qui fixent l'utérus rétrodévié. Mais comment devra-t-on détruire ces adhérences ?

I. — DESTRUCTION DES ADHÉRENCES PÉRIUTÉRINES.

1° Libération de l'utérus. — On peut la faire de deux façons : à l'aide de la *main* ou à l'aide des *instruments*. A notre avis, on n'aura recours ni au bistouri, ni au thermo-cautère, sauf lors de circonstances exceptionnelles.

a). *Destruction manuelle.* — La plupart des chirurgiens rompent, en effet, ces adhérences au cours de l'exploration manuelle ou digitale du petit bassin, du cul-de-sac de Douglas ou du cul-de-sac recto-vésical. Quand elles sont nombreuses et très solides, ce temps devient une des difficultés de l'opération en raison de la profondeur à laquelle on opère, et de l'existence de tractus cellulo-fibreux, reliant l'utérus à différentes parties de l'intestin (rectum, anses inférieures de l'intestin grêle tombant dans le cul-de-sac de Douglas, etc.). Il faut procéder avec soin, déchirer les tractus cellulo-fibreux à l'aide de l'ongle ou du doigt et le faire avec précaution, car quelques-uns d'entre eux peuvent renfermer des vaisseaux assez volumineux qui, ouverts, seront la cause d'*hémorrhagies*, sinon abondantes, du moins assez souvent sérieuses. (Picqué, Cas V ; Pozzi, Cas I ; Præger, Cas I; etc., etc. Voir aussi un cas de Klotz (Série 19 à 30, t. I), où l'hémorrhagie revêtit un caractère assez spécial[1].)

[1] La simple constation de ces hémorrhagies montrent que la réduction manuelle de l'utérus par la méthode de Schultze, que sa *mobilisation* préalable avant l'Alexander ou l'Hystéropexie extra-péritonéale peuvent déterminer de même des épanchements de sang dans l'abdomen, si les tentatives de mobilisation sont sérieuses. Il vaut donc mieux, à ce point de vue, ouvrir l'abdomen, car on peut alors remédier sûrement à l'hémorrhagie, si elle a lieu.

Nous ne voulons point, à propos de cette destruction des adhérences qui ne s'accompagne que de pertes de sang en réalité peu intenses, indiquer d'une façon complète comment doit se faire l'*hémostase du petit bassin*, car c'est un petit chapitre de médecine opératoire qui doit rentrer plutôt dans la description de la salpingo-oophorectomie ou de l'extirpation des tumeurs encapsulées du pelvis. Pourtant, il est utile de répéter ici qu'avec une aiguille courbe et fine, de la soie solide de petit calibre, un peu d'habileté manuelle, une certaine expérience de la chirurgie abdominale, surtout si l'on est pourvu d'un outillage de pinces à longs manches de modèles variés, on peut parvenir à arrêter toutes les hémorrhagies, même au milieu de lambeaux de ligaments larges déchirés et malades.

b). *Destruction au thermocautère.* — Pourtant certains opérateurs préfèrent encore rompre les adhérences avec le thermocautère de Paquelin et en recommandent avec chaleur l'emploi dans tous les cas d'adhérences solides.

Il faut bien avouer pourtant que l'emploi de cet instrument complique l'hystéropexie, comme toute laparotomie, d'autant plus qu'il est impossible de stériliser son manche d'une façon absolue; aussi n'en userons-nous que bien rarement ou plutôt jamais, comme notre maître, M. Terrier. S'il est vrai qu'on peut envelopper ce manche d'une compresse aseptique, il faut avouer que l'on ne voit pas très bien ce que l'on fait en cautérisant ainsi, dans le fond du petit bassin, un peu à l'aveuglette. Un chirurgien prudent et adroit, qui saura bien manier l'éponge aseptique, peut, nous en sommes convaincu, ne point avoir besoin d'utiliser le thermocautère en cette occasion. Et s'il y avait un vaisseau qui donnât d'une façon inquiétante — il peut parfois se produire des hémorhagies veineuses assez considérables (Klotz) — qu'est-ce qui empêcherait d'y placer, un instant, une pince à pression (une de celles, par exemple, qu'on appelle pinces de Kocher, pinces à gros mors ou américaines, pinces longues, etc., et qui permettent de piquer en plein tissu jusque dans le fond du bassin) et de lier ensuite le vaisseau à l'aide d'un fil de soie?

De même, si les adhérences en un point étaient trop coriaces,

qui empêcherait de les sectionner prudemment au *bistouri* boutonné ? Il suffirait de le faire avec prudence.

Qu'on tienne à cautériser dans tous les cas un pédicule de salpingectomie ou d'hystérectomie supra-vaginale, presque toujours infecté, comme le veulent MM. Lucas-Championnière et Terrillon, cela se comprend et se peut soutenir. Mais nous ne comprenons pas pourquoi Küstner (de Dorpat) tient tant à l'emploi du thermocautère pour la destruction des adhérences péri-utérines, puisqu'il n'y a pas là de microbes à tuer.

Ce qui nous étonne, c'est qu'il prétend qu'avec cet instrument on opère dans de meilleures conditions d'éclairage. Franchement, à moins que ce ne soit le platine rougi du thermocautère qui éclaire le petit bassin... et la situation, nous ne voyons pas pourquoi il le préfère, même au bistouri. A ce point de vue, M. Küstner dit encore qu'en se servant ainsi du thermocautère pour détruire les adhérences, on empêche la formation ultérieure d'adhérences nouvelles inflammatoires, entre la face postérieure de l'utérus antéfixé et la masse intestinale. C'est là un point qu'il faudrait démontrer d'abord, avant d'en faire un argument pour défendre sa cause et vanter l'emploi d'un instrument. Qui, d'autre part, a jamais incriminé de telles néo-membranes ? Si des adhérences doivent se faire entre la face postérieure de l'utérus et un organe quelconque, qu'importe qu'on ait détruit à la main, au bistouri ou par le feu, les fausses membranes qui occupaient auparavant le petit bassin? En tout cas, la nature de l'outil, s'il est aseptique, n'a rien à voir en pareille occurrence.

2° **Désenclavement de l'utérus.** — Il faut, on vient de le voir, mobiliser l'utérus quand il y a des adhérences solides. Cette mobilisation dans le cul-de-sac pelvien, comprend, d'abord la *recherche de l'utérus*, qui peut être difficile, s'il existe des lésions des annexes ou des vestiges de vieille pelvi-péritonite ; puis la *destruction des adhérences* intestinales, enfin l'*énucléation totale* et le *redressement*, avec léger *soulèvement*, *de l'utérus* hors du nid où est placé son fond. Klotz

insiste beaucoup, et avec raison, sur les difficultés que peuvent présenter ces manœuvres intra-abdominales. Et si, quand on a les organes presque sous les yeux (on ne voit pas toujours ce qu'on fait au fond du petit bassin); si, quand on est presque à son aise pour opérer, on a ainsi beaucoup de peine à libérer l'utérus, comment veut-on y réussir par le vagin ou l'intérieur de l'utérus dilaté, comme le prétendent les chirurgiens qui, au lieu de le faire par la laparotomie, cherchent à détruire les adhérences seulement par les voies naturelles? En réalité, à moins d'ouvrir le ventre, on ne dégage en rien l'utérus. On ne fait que distendre des tractus fibreux qui se rétracteront bientôt.

La durée de ce temps, si important que nous le retrouverons dans les autres modes de traitement sus-pubien des rétrodéviations utérines (Raccourcissement intra-abdominal des Ligamens utérins, par exemple) et que de lui dépend souvent le succès, peut être d'une demi-heure parfois; en tout cas, il demande beaucoup de patience et d'habitude. Il faut en outre, se garder d'employer la violence, si l'on veut éviter des désordres qui pourraient être sérieux.

II. — FIXATION DE L'UTÉRUS PROPREMENT DITE

Les adhérences rompues, l'utérus devenu bien mobile, c'est le moment d'*intervenir du côté des annexes*, si on ne l'a pas fait déjà; nous n'insistons pas sur ce côté des observations publiées et renvoyons aux descriptions du manuel opératoire employé lors de salpingectomies ou d'oophorectomies pour salpingo-ovarites.

Quand l'utérus est libre, la plupart des auteurs proposent de l'amener au contact de la paroi abdominale et de l'y attacher; d'autres, en plus petit nombre, il est vrai, pensent que point n'est besoin de créer ainsi des adhérences nouvelles et anormales et qu'il vaut mieux remettre en état certains ligaments, à peine détériorés, qui sont les fixateurs habituels de l'utérus en avant. Ces derniers ont la prétention de res-

taurer de la sorte les ligaments utérins en les raccourcissant dans l'abdomen, puisque la lésion qu'ils présentent est un allongement et que cet allongement est la conséquence de la rétrodéviation.

Les premiers font l'opération qui nous occupe : l'Hystéropexie proprement dite; les autres, peu nombreux d'ailleurs (Ruggi, Wylie, Bode, Polk, Imlack, Frommel, etc.), opèrent d'une façon spéciale qui, à notre avis, ne ressemble en rien à l'hystéropexie et que nous avons déjà signalée. Aussi ne parlerons-nous pas dans ce chapitre du *Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments utérins*; nous y reviendrons ultérieurement et donnerons quelques détails à ce propos dans un chapitre spécial.

DESCRIPTION DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS EMPLOYÉS POUR LA FIXATION DE L'UTÉRUS

Les nombreux chirurgiens, qui ont déjà fait des antéfixations de l'utérus, sont loin d'avoir tous opéré de la même manière.

On peut classer tous les procédés utilisés de différentes façons; par exemple suivant l'époque à laquelle ils ont été exécutés: 1° période ancienne, non antiseptique (Claus, etc.); 2° période récente antiseptique (sutures avec les diverses substances employées, etc.); — ou bien, classification plus importante, suivant la partie des organes génitaux pelviens fixée à la paroi abdominale.

En procédant ainsi, on doit grouper les observations publiées en deux catégories :

1° *Cas où l'on a fixé directement le* **Corps de l'utérus** *à la paroi abdominale* (Fixation directe) ;

2° *Cas où l'on a fixé les* **Ligaments de l'utérus** (ligaments ronds, ligaments larges, etc.) *ou les* **pédicules des ovaires** *ou des* **trompes enlevés**, etc., etc., *à la paroi abdominale* (Fixation dite semi-directe et indirecte).

Encore cette classification prête-t-elle le flanc à la critique puisque, dans certains cas, les opérateurs ont employé,

sur une même malade, ces deux manières de faire. Les résultats obtenus prouvent que les deux variantes dans le procédé opératoire ou leur combinaison peuvent être défendues.

Mais nous tenons dès à présent à *différencier la fixation de l'utérus dirigée contre une rétrodéviation utérine de celle qui doit guérir un prolapsus*. M. Terrier y a d'ailleurs insisté suffisamment dans son remarquable mémoire publié dans la *Revue de Chirurgie*[1], il y a un an. En effet, dans les rétrodéviations, il suffit de ramener l'utérus en avant, après sa libération, si elle a été nécessaire, et de le suturer à la paroi abdominale pour le maintenir dans cette nouvelle position. Comme il n'y a là que des forces peu considérables qui entrent en jeu pour faire réapparaître la rétrodéviation, il est la plupart du temps inutile de soulever fortement l'utérus, de placer un grand nombre de sutures. Un ou deux points suffiront donc ordinairement, sauf dans les cas exceptionnels où l'utérus aurait une certaine tendance à retomber dans le cul-de-sac postérieur et à se fléchir de nouveau, ou dans les cas où des adhérences incomplètement détruites rendraient difficile son inclinaison en avant. Dans le cas de prolapsus au contraire, comme l'a dit avec beaucoup de justesse M. Terrier, il faut soutenir l'utérus « *en l'air* », grâce à de nombreux points de sutures fixateurs. C'est là certainement une des conditions du succès.

§ I. — PROCÉDÉS DANS LESQUELS L'ON SUTURE LA FACE ANTÉRIEURE DE L'UTÉRUS A LA PAROI ABDOMINALE (*FIXATION DIRECTE*)

(Procédé G. Thomas, Tait, Czerny, Léopold, Terrier, etc.)

Laissant de côté pour cette étude les anciens procédés de fixation employés par Kœberlé, Sims[2] (Claus, etc.), qui n'ont

[1] Terrier (F.). — *Hystéropexie contre le Prolapsus utérin;* in *Revue de Chirurgie*, 10 mars 1889.

[2] De même que ceux de Müller, Kuhn, utilisés seulement pour des prolapsus. (Voir *Observations* de la thèse de Dumoret.)

plus désormais qu'un intérêt historique, et qui n'ont été appliqués que lors d'hystéropexies complémentaires, pour suivre l'ordre chronologique nous décrirons d'abord les différentes variantes du mode opératoire qui peut porter le nom de *Procédé G. Thomas*, et qui a été successivement modifié plus ou moins heureusement par Tait, Czerny, Léopold, Terrier, Zinsmeister, etc., etc., et dans lequel on suture la face antérieure du corps de l'utérus à la paroi abdominale (suture de l'utérus lui-même).

1. — ANCIENS PROCÉDÉS

(*Gaillard Thomas*, *Lawson-Tait*, *Czerny*, *etc.*)

A. — Procédé de G. Thomas-Lawson-Tait.

Au dire de Polk[1] et de quelques journalistes américains, ce serait réellement Gaillard Thomas, le célèbre gynécologiste des États-Unis, qui aurait le premier songé à suturer le corps de l'utérus directement à la paroi abdominale. Malheureusement, dans les écrits de ce chirurgien, on ne trouve rien qui vienne confirmer l'assertion de Polk. Quoi qu'il en soit, à défaut de contrôle écrit, nous nous contenterons de l'affirmation orale, faite d'ailleurs en des termes précis[2], de M. Gaillard Thomas au cours d'une conversation qu'il a eue il y a quelques années avec M. Terrier et dans laquelle il aurait dit : « J'approuve fort votre manière de vouloir combattre le prolapsus utérin (M. Terrier lui parlait de l'hystéropexie), d'autant plus que moi-même j'ai eu l'occasion d'employer la même méthode avec succès. »

Lawson Tait, au contraire, si l'on en croit les deux faits qui lui appartiennent et qui ont été rapportés par Kelly, serait le chirurgien qui, le premier, aurait signalé dans ses écrits ce procédé de suture de l'utérus lui-même. Les fils fixa-

[1] Polk. — Communication au *Congrès de Boston*, septembre 1889.

[2] Terrier. — *Hystéropexie contre le Prolapsus utérin* (*Loc. cit.*). — Depuis son voyage aux États-Unis, M. Terrier a reçu une lettre de M. Gaillard Thomas; cette lettre confirme les assertions des journaux américains.

teurs (dans chacun de ces deux cas, il a placé deux points de suture) furent suturés à la paroi abdominale, mais, remarquons-le, *en dehors* de la plaie.

Plus tard Hennig, Czerny, Léopold, etc., imitèrent la manière de faire de Gaillard Thomas et de Lawson-Tait. Mais Czerny y apporta bientôt une modification qui a une très notable importance : il fixa les fils de suture, non plus à la paroi, en dehors de l'incision comme Tait, mais aux bords de la plaie abdominale.

B. — Procédé de Czerny.

La Figure ci-jointe (*Fig.* I), que nous empruntons au grand mémoire de Czerny (1888), montre très bien la façon dont opère ce chirurgien. Nous n'y insistons pas et n'en faisons

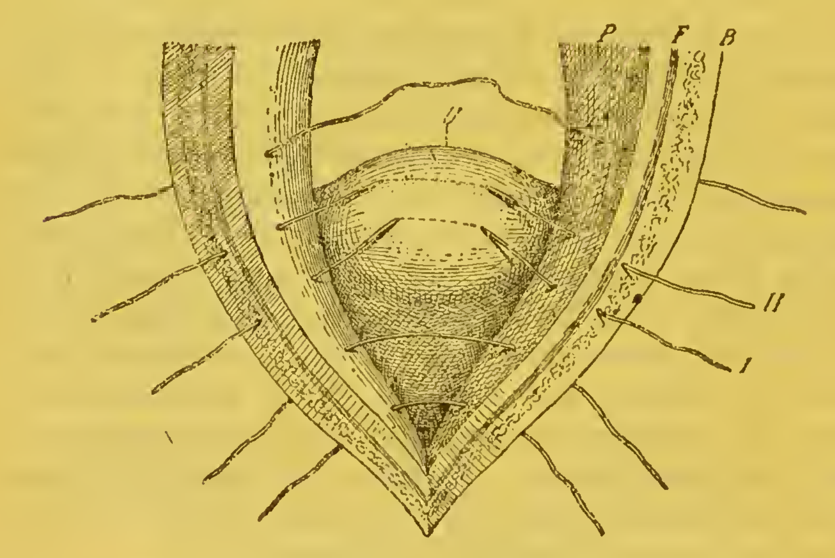


Fig. I. — Hystéropexie abdominale antérieure.
(*Procédé de Czerny.*)

I, II, fils fixateurs (anse simple); — P, péritoine; — F, fascia sous-péritonéal; — B, peau; — U, utérus.

(Figure extraite du travail de Czerny sur les Rétrodéviations.)

pas ressortir ici la supériorité, car le procédé qu'a employé de son côté M. Terrier, sans connaître le travail de Czerny, et que nous allons bientôt décrire, est fort analogue ; il n'en diffère que par ceci : M. Terrier place généralement un plus

grand nombre de points de suture, même pour les rétrodéviations peu compliquées et les fils, échelonnés sur le fond et la paroi antérieure de l'organe, sont ordinairement, mais pas toujours, passés à travers le tissu utérin, d'une façon un peu plus compliquée (*anses à points passés,* au lieu d'une *anse simple*).

II. — PROCÉDÉS ACTUELLEMENT EMPLOYÉS

1° PROCÉDÉS A SUTURES FIXATRICES HORIZONTALES

A. — Procédé de Léopold.

Dans son procédé, si employé aujourd'hui en Allemagne, Léopold (de Dresde) en est resté à la manière de faire de Lawson-Tait qu'il a perfectionnée; il place en général 2 ou 3 points de suture de la façon suivante.

1° **Manuel opératoire type.** — a). *Fixation.* — Le premier fil

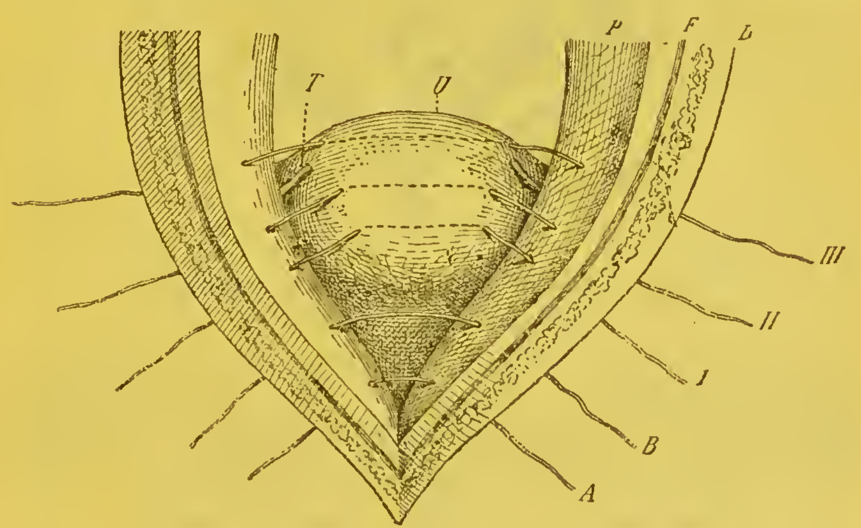


Fig. II. — Hystéropexie abdominale antérieure.
(*Procédé de Léopold.*)

I, II, III, fils fixateurs; — A. B. fils de suture de la paroi abdominale (partie inférieure); — U, utérus; — T, trompes; — P, péritoine; — F, fascia sous-péritonéal; — D, derme.

(Figure extraite du mémoire de Léopold sur les Rétrodéviations.)

de soie est placé de telle sorte qu'il traverse d'abord toute l'épaisseur, *en dehors* du bord gauche de la plaie, de la paroi

abdominale; il passe ensuite au niveau de l'insertion du ligament rond gauche, à travers la paroi antérieure de l'utérus; puis il ressort en traversant toute l'épaisseur de la paroi, en dehors du bord droit de la plaie abdominale.

Le deuxième point de suture de soie est placé à un cen-

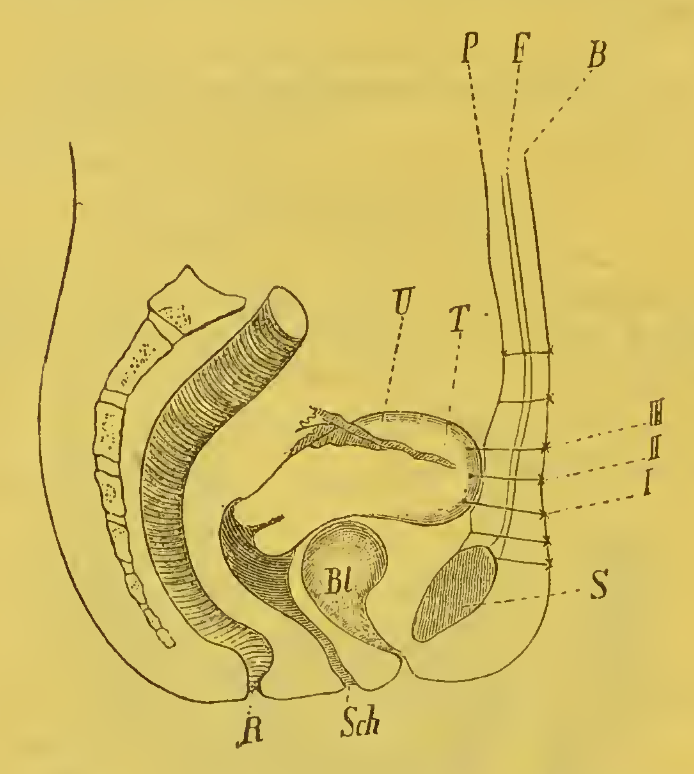


Fig. III. — Hystéropexie abdominale antérieure.
(*Procédé de Léopold.*)

Schéma montrant de profil la façon dont l'utérus est fixé à la paroi abdominale.

R, rectum; — Sch, vagin; — Bl, vessie; — U, utérus; — T. cornes de l'utérus, où s'insèrent les trompes; — S. symphyse pubienne; — P, péritoine; — F, fascia sous-péritonéal; — B, partie musculo-cutanée de la paroi abdominale; — I. II, III, les fils fixateurs de l'utérus : les étoiles indiquent la place des nœuds. — Au-dessus et au-dessous on voit les sutures destinées à fermer l'incision abdominale.

(Figure extraite du même mémoire de Léopold.)

timètre environ au-dessous du premier; il pénètre sous la séreuse au fond de la matrice, près de l'origine des trompes, au milieu des fibres musculaires de la paroi antérieure de ce fond.

Le troisième fil de soie est placé de la même manière en arrière de l'insertion des trompes, à un centimètre du

deuxième.— Chaque fil a un trajet intra-musculaire utérin d'environ 2 centimètres.

Léopold *ferme la partie inférieure de la plaie abdominale* (*Fig.* II, fils inférieurs A et B), avant de serrer et de nouer les fils fixateurs. Les fils profonds supérieurs (*Fig.* III, fils au-dessus de I, II, III) sont liés en dernier lieu. On enlève les fils *fixateurs* du douzième au dix-huitième jour.

b.) *Grattage et avivement de l'utérus.* — Léopold fait précéder la fixation d'une manœuvre qui nous paraît, comme à M. Terrier et à MM. Gottschalk, Dembowski[1], Præger, parfaitement inutile : *il gratte la séreuse péritonéale* avec le dos du bistouri au niveau du fond de l'utérus, entre les points d'entrée et de sortie des fils, ce qui constitue une surface saignante d'environ 4 centimètres carrés. Ce grattage, destiné à faciliter les adhérences de l'utérus à la paroi, doit être léger, pour ne pas donner trop de sang. Il avait déjà été proposé et exécuté d'ailleurs par Prochownick au cours d'hystéropexies complémentaires[2].

Klotz, dans trois cas, paraît avoir employé, à ses débuts, un procédé analogue à ceux de Lawson-Tait et de Léopold. Depuis, un grand nombre d'opérateurs ont fait, en Allemagne, l'hystéropexie de cette façon.

Récemment même, M. Thiriar (de Bruxelles)[3] a cru devoir donner plus d'extension au grattage recommandé par Léopold. Il conseille, comme il l'a fait une fois, d'*aviver* au bistouri la partie supérieure de la face antérieure de l'utérus. M. Thiriar décolle à cet effet, en avant du globe utérin, un lambeau qui va d'un ligament rond à l'autre et qui a environ un centimètre et demi d'étendue. Ce lambeau comprend le péritoine et un peu de tissu utérin. L'hémorrhagie serait légère et une compression modérée avec une petite éponge, imbibée d'eau de Pagliari, serait suffisante pour l'arrêter.

Cet *avivement utérin* de Thiriar nous semble absolument superflu; les adhérences de séreuse à séreuse peuvent

[1] *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd XXXVII, 1888.

[2] Spæth. — *Loc. cit.*

[3] Thiriar. — *Mercredi médical.* — *Loc. cit.*, p. 180.

être aussi solides que celles de muscle à séreuse (Dembrowski), et la petite hémorrhagie qui se produit peut avoir des inconvénients, surtout si l'on emploie pour l'arrêter de l'eau de Pagliari, qui peut ne pas être aseptique.

2° **Modifications.** — 1° Boldt [1] a imité Léopold ; mais comme il redoute de pénétrer dans le tissu utérin avec une aiguille assez forte armée d'un fil de soie, il préfère ne se servir que d'une aiguille fine qu'il fait passer *au-dessous de la séreuse* qui tapisse la face antérieure de l'utérus.

Evidemment ce prodédé ne doit pas être recommandé, car la traversée de la musculature utérine n'offre pas le moindre inconvénient, quand elle est exécutée d'une façon aseptique et quand l'aiguille ne pénètre pas dans la cavité utérine, ce qui infecterait la plaie. Boldt croit-il qu'en agissant ainsi il obtient une fixation aussi solide que Léopold? Il nous permettra d'en douter.

2° Mais une autre manière de faire, à rapprocher de celle de Léopold et de celle de Boldt, a été récemment utilisée par par Gottschalk [2], Hofmeier [3], etc.. Le Procédé de Gottschalk consiste à *se servir des deux points de sutures les plus inférieurs de la plaie abdominale pour fixer l'utérus*, au lieu d'utiliser les deux points moyens (*Fig.* II, I et II), c'est-à-dire à placer les sutures fixatrices au niveau des deux fils A et B (voir *Fig.* II) qui en bas ferment la plaie abdominale. Ces deux fils sont en outre passés *superficiellement* (comme le veut Boldt) à travers la paroi antérieure de l'utérus, au niveau de son fond. On enlève les fils vers le quinzième jour, comme dans le procédé de Léopold.

3° **Appréciation.** — Nous ne comprenons guère les avantages de cette fixation de l'utérus à l'angle inférieur de la plaie, de parti pris, pas plus que cette économie de deux ou trois fils qui a séduit aussi Hofmeier; il ne faut point avoir une telle peur de relever plus haut l'utérus et d'employer un peu plus de soie ou de catgut.

A notre avis d'ailleurs, les *fils fixateurs doivent être*

[1] Boldt. — *Loc. cit.*
[2] Gottschalk. — *Loc. cit.*
[3] Voyez Klein. — *Loc. cit*

inclus, à la manière de Czerny-Terrier[1], *dans la plaie recousue;* ils doivent être tout à fait indépendants des fils superficiels, destinés à refermer le ventre. Or, dans le procédé de Léopold et ses variantes, les sutures fixatrices ne sont en réalité que des sutures profondes (moyennes ou inférieures) de la plaie de la paroi, sutures qui traversent le fond de l'utérus. Nous signalerons bientôt le principal inconvénient de ce procédé.

B. — Procédé Czerny-Terrier.

Voici comment M. Terrier a décrit lui-même le manuel



Fig. IV. — Hystéropexie abdominale antérieure.
(*Procédé de F. Terrier.*)
U, utérus; — F', F'', F''', fils fixateurs (anse avec points passés); — S, fil de soie destiné à amener l'utérus en avant pendant l'opération et à le maintenir; — P, paroi abdominale.
(Figure empruntée à la thèse de P. Dumoret, et ayant trait à la cure du prolapsus utérin.)

[1] C'est à dessein que nous dénommons ainsi le procédé de fixation utérine qui nous paraît le meilleur, pour bien montrer que MM. Czerny et Terrier ont conçu, chacun de leur côté, cette manière de faire, l'un en Allemagne, l'autre en France.

opératoire qu'il a imaginé pour le prolapsus utérin, sans connaître le travail de Czerny [1], dans son article de la *Revue*

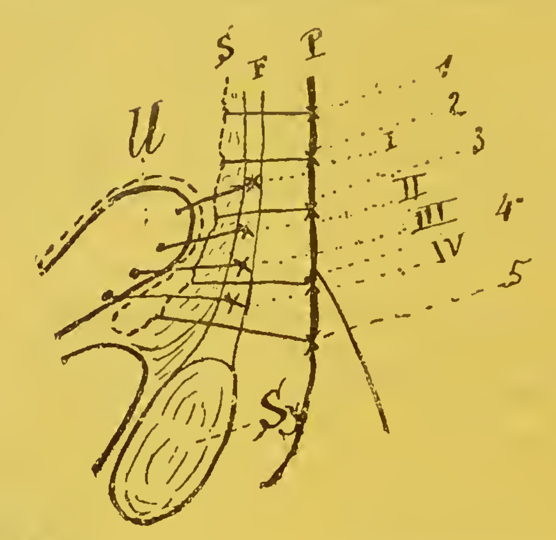


FIG. V. — Hystéropexie abdominale antérieure. (*Procédé de F. Terrier.*)

Schéma représentant la façon de placer les fils fixateurs. (Rétroflexion.)

Sy, symphyse pubienne; — U. utérus: — S. séreuse péritonéale; — F. fascia sous-péritonéal. aponévroses et muscles de la paroi abdominale; — P, peau et tissu sous-cellulaire sous-cutané.

I, II, III, IV, 4 fils fixateurs de l'utérus; — 1, 2, 3, 4, 5, points de suture de la plaie abdominale, supposés projetés sur la coupe verticale. (Comparez la place des nœuds des fils fixateurs sur la figure ci-dessus et sur le schéma du procédé de Léopold.)

de Chirurgie [2] et au cours des observations de rétrodéviations, opérées de la même façon, qu'il a rapportées à la *Société de Chirurgie*.

1° **Manuel opératoire**. — La main droite, introduite dans la cavité abdominale saisit l'utérus par son fond et l'attire vers la cavité pariétale. A l'aide de l'aiguille de Reverdin, un fil de soie est placé longitudinalement dans le fond de l'utérus en pénétrant un peu dans son tissu; mais seulement si l'utérus est difficile à redresser. Il sert alors à attirer l'organe en haut et à le maintenir derrière la paroi abdominale (voir *Fig.* IV, S). Les intestins sont refoulés en haut et en arrière à

[1] Il n'était pas publié d'ailleurs.
[2] *Revue de Chirurgie*, n° 3, 10 mars 1889, p. 197.
[3] Voir *Bull. de la Soc. de Chir.*

l'aide de compresses aseptiques. Quand il s'agit de retrodéviation, il n'est pas nécessaire de soulever ainsi l'utérus le plus haut possible, comme dans les cas de prolapsus; l'on peut se passer du fil de soie suspenseur, qui pourtant permet de faire une fixation plus solide.

Une grosse soie[1] est alors passée obliquement d'abord à gauche à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale, la peau exceptée; elle ressort par le péritoine, puis est conduite de gauche à droite, *en faufilé* (voir *Fig.* IV, F′,F″), dans l'épaisseur même du tissu utérin au niveau environ de la réunion du col et du corps. Enfin elle est de nouveau passée dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, toujours la peau exceptée. On place deux pinces à pression aux deux extrémités de ce fil. — Un deuxième, puis un troisième fil de grosse soie sont passés de même en faufilé, l'un vers le milieu du corps, l'autre très près du fond de l'utérus et maintenus par des pinces à pression. Tout étant bien épongé, on fait successivement ces trois ligatures en allant de bas en haut, puis on enlève le fil de soie placé au fond de l'utérus pour le maintenir incliné en avant pendant qu'on procède à la suture, ou bien on le suture lui aussi de la même façon que les précédents. Parfois M. Terrier fait aussi une anse simple sans faufilé.

La plaie abdominale est ensuite refermée comme d'habitude[2].

2° **Appréciation et Critique.** — On voit par les descriptions précédentes que le Procédé Tait-Léopold et le Procédé Czerny-Terrier (celui de Terrier n'est qu'un perfectionnement de celui de Czerny) diffèrent assez notablement. Léopold s'arrange de façon à ce que ses points de suture fixatrice qui ne sont en réalité, nous le répétons, que des points de suture profonde passant à travers le fond de l'utérus, traversent *toute l'épaisseur de la paroi abdominale, à quelques cen-*

[1] M. Terrier emploie toujours aujourd'hui de la soie.

[2] C'est à dessein que nous n'insistons pas ici sur la fermeture de l'abdomen qui n'a rien de spécial. M. Terrier fait aujourd'hui la suture à trois étages. Le procédé de M. Terrier a été employé récemment par MM. Lucas-Championnière, Routier, Segond, etc., en France.

timètres des lèvres de la plaie, et pénètrent l'utérus surtout dans sa *partie supérieure*, au niveau et au-dessus de l'insertion des ligaments ronds.

MM. Czerny et Terrier au contraire passent leurs fils seulement dans la *partie profonde* (péritoine, muscles et aponévrose) des *lèvres* de l'*incision abdominale* et depuis la partie moyenne de l'utérus jusqu'à sa partie supérieure pour les rétrodéviations (Terrier [1]).

Dans cette dernière façon de procéder, les fils fixateurs, en catgut ou en soie, *restent totalement inclus dans la paroi, à l'abri de toute infection* et on ne s'en préoccupe plus. Léopold et ses nombreux imitateurs sont obligés de retirer les fils fixateurs; ce qu'ils font du douzième au dix-huitième jour, espérant très probablement obtenir une fixation plus solide, ce qui est loin d'être prouvé (Terrier, 1889).

La principale objection à faire au Procédé de Léopold est précisément la façon dont sont placées les sutures fixatrices *temporaires*, la question du grattage préalable de la séreuse étant écartée sans autre forme de procès. En effet ces fils suspenseurs, qu'on n'enlève que fort tard, peuvent être, au cours des divers pansements nécessaires jusqu'à complète guérison, la cause d'une infection de la plaie et donner lieu à des accidents plus ou moins importants [2]. Comme on doit redouter par-dessus tout une telle infection par ces fils qui sont noués à l'extérieur et qui traversent l'utérus, nous croyons qu'il faut leur préférer les *sutures incluses* dans la paroi du Procédé Czerny-Terrier [3]. Ajoutons encore qu'en enlevant du 12e au 15e jour les sutures temporaires, on déchire forcément

[1] Dans les cas de prolapsus, les fils descendent plus bas. Il importe ici de bien *soutenir* l'utérus et non pas seulement de le maintenir *redressé*.

[2] On s'expose à des *abcès*, comme cela est arrivé à Sænger, etc., qui noue aussi les fils fixateurs à *l'extérieur*, quoique son procédé soit différent.

[3] M. Faucon (de Lille), qui récemment a fait ressortir les avantages de ces sutures incluses dans la paroi, leur a donné le nom de *sutures perdues intra-péritonéopariétales*, pour les distinguer des *sutures perdues intrapéritonéo-abdominales* (incluses dans l'abdomen), utilisées dans les procédés de Zinsmeister, Faucon et Kelly. (Voir plus loin.)

quelques-uns des tractus celluleux qui les entourent, ce qui est évidemment inutile, sinon dangereux.

Récemment [1], à la *Société gynécologique de Dresde*, on a discuté à fond la valeur réciproque des procédés de Léopold et de Czerny. J. Schramme, comme Klotz, a trouvé le procédé de Czerny (à fortiori celui de Terrier) plus simple (pas de grattage, etc. etc.,); mais il a reconnu aussi que celui de Léopold était très bon. Il l'accuse seulement de déterminer des douleurs notables au moment de l'ablation des fils fixateurs.

Comme on le pense bien, Léopold a protesté contre cette assertion, et a ajouté qu'il préférait sa méthode (cela ne se demande pas) à celle de Czerny. La raison qu'il a donnée est celle-ci : la bride fibreuse, consécutive à l'opération de Czerny et fixatrice de l'utérus à la paroi, serait moins forte, moins large, inférieure en un mot à celle qu'il obtient en grattant le péritoine. C'est là, pensons-nous, une affirmation absolument théorique, puisque Léopold ne dit pas qu'il ait eu l'occasion de faire l'autopsie d'une de ses hystéropexiées et que, d'autre part, il ne paraît pas avoir jamais été obligé, comme cela est arrivé une fois à M. Lucas-Championnière, d'ouvrir à nouveau le ventre d'une de ses opérées. Pour la combattre, nous avons au contraire le fait clinique cité par M. Lucas-Championnière, qui a constaté l'existence d'une bride utéro-pariétale très nette et résistante chez une de ses hystéropexiées par le procédé de Czerny-Terrier [2]. Jusqu'à plus ample informé, M. Léopold ne peut donc pas dire que son *modus faciendi* assure une fixation plus solide de l'utérus, car les observations d'insuccès orthopédiques publiés, comme nous le verrons plus tard, ne prouvent rien à ce point de vue.

Klotz, lors de même discussion, a défendu aussi le procédé

[1] Octobre 1889. Voyez *Centr. für Gynœk.*, 15 mars 1890.

[2] Byford (Cas II, t. II) a dû faire aussi une nouvelle laparotomie chez une hystéropexiée; mais il avait fixé l'utérus à l'aide de ses annexes (fixation semi-directe au péritoine), c'est-à-dire à l'aide du ligament large et du ligament rond à gauche, et du pédicule de l'ovaire enlevé à droite. Le ventre ouvert, il trouva que le ligament large gauche était très solidement attaché au péritoine, au point où avait eu lieu la fixation.

de Léopold, mais seulement pour les cas d'adhérences péri-utérines légères, préférant recourir au procédé particulier qu'il a préconisé, et que nous décrirons plus loin, dans les cas de fausses membranes pelviennes résistantes. Nous n'admettons pas davantage la valeur de cet argument et donnons, sans hésitation la préférence au procédé Czerny-Terrier, parce qu'il est le plus simple et présente certainement plus de garanties contre la possibilité de l'infection que celui de Léopold [1].

Cependant, après tout ce que nous venons de dire, on conçoit très bien que la différence des Procédés Léopold et Terrier est en réalité moindre qu'on aurait pu le croire au premier abord. En effet, pour fixer l'utérus lui-meme à la paroi, il n'y a qu'un moyen pratique : c'est d'employer des fils servant à fermer la plaie abdominale. Or, pour ceux qui avaient l'habitude de faire des *sutures profondes temporaires*, il suffisait d'utiliser quelques-unes d'entre elles pour accoler l'utérus à la paroi, et le Procédé de Léopold était inventé. Pour ceux au contraire qui employaient sans crainte la *suture perdue*, il leur a suffi de traverser l'utérus [2] avec quelques-uns des fils servant à faire le plan profond de la suture à étages de certains laparotomistes : c'est ce que firent Czerny et Terrier, puis plus tard Pozzi, etc.; mais Czerny et Terrier, à leurs débuts, n'en fermèrent pas moins la plaie de l'abdomen par les sutures profondes, temporaires, jadis employées. Aujourd'hui, M. Terrier au moins semble y avoir définitivement renoncé.

3° Modifications du Procédé Czerny-Terrier. — 1° M. Tuffier [3], tout au moins dans les cas de prolapsus, emploie un procédé

[1] Nous ne saisissons pas très bien les critiques adressées récemment par Præger au procédé de Czerny, d'autant plus que ce chirurgien l'a employé en le combinant à celui d'Olshausen. La différence entre les procédés de Czerny-Terrier et Léopold n'est pas tant, quoi qu'en pense Præger, dans la nature du fil à sutures utilisé que dans le mode de sutures (*sutures perdues* dans un cas, *sutures temporaires* dans l'autre).

[2] Il est indispensable que les fils fixateurs (*sutures perdues intra-péritonéo-pariétales*) ne pénètrent pas trop profondément dans le tissu utérin, de peur de s'infecter au voisinage de la muqueuse de la cavité du corps.

[3] Dumoret. — *Loc. cit.*; et communication orale de M. Tuffier.

analogue à celui de M. Terrier. Nous ne croyons pas devoir y insister davantage, les très légères modifications qu'il a proposées ayant plutôt trait à l'hystéropexie pour l'affection que nous avons de parti pris laissée de côté.

2° Nous verrons plus loin que M. Doléris a imaginé un procédé analogue, mais il rend la fixation directe de l'utérus bien plus complexe encore, en y ajoutant une petite opération complémentaire.

3° M. Laroyenne (de Lyon) a cru devoir modifier le procédé de Czerny-Terrier de la façon suivante [1].

« Après avoir incisé la paroi abdominale, soulevé l'utérus par une sonde ou un hystéromètre, il introduit une longue aiguille montée sur un manche dans la partie musculaire de cette paroi et traverse le péritoine à deux centimètres des lèvres de l'incision de la séreuse ; puis il pénètre aussitôt dans la partie antérieure du muscle utérin, au niveau du fond de l'organe. Cette aiguille traverse deux centimètres d'utérus et ressort symétriquement à travers l'autre bord de la plaie abdominale et on la laisse ainsi fixée. Une, deux ou trois aiguilles semblables sont introduites successivement de la même façon, en procédant de haut en bas, à un intervalle de deux centimètres environ, de sorte que l'utérus est ainsi solidement maintenu par toute sa face antérieure transfixée par les aiguilles. Ceci fait, on charge les deux, trois ou quatre aiguilles avec un gros catgut et l'on noue chaque fil l'un après l'autre, en commençant par le plus élevé et en retirant au fur et à mesure chaque aiguille correspondant au fil que l'on va nouer, l'utérus ne cessant pas un instant d'être appliqué en avant. Puis on referme l'abdomen comme d'ordinaire. »

M. Laroyenne a utilisé cette très légère modification du procédé de fixation typique dans deux cas ; il est vrai qu'il s'agissait de prolapsus. M. Audry ajoute que le grand avantage de l'*emploi des aiguilles* est d'assurer le contact solide et permanent de toute l'étendue des deux surfaces qui doivent adhérer. Peut-être cette façon de faire, qui complique l'application des sutures fixatrices, serait-elle défendable en

[1] D'après le travail de M. Audry (de Lyon), qui est sous presse (voir Index bibliographique : *Appendice*). Nous remercions M. Audry d'avoir bien voulu nous communiquer son intéressant mémoire.

cas de prolapsus, mais nous pouvons affirmer qu'il n'est pas besoin de tant de minutie pour obtenir de bonnes fixations d'utérus rétrodéviés. D'ailleurs l'argument de M. Audry est peut-être plus théorique qu'il ne le pense ; et nous ne voyons pas en quoi le procédé type et si simple de Czerny-Terrier assure un contact moins parfait de l'utérus avec la paroi abdominale que le procédé de M. Laroyenne.

C. — Procédé de M. Pozzi.

En somme, la manière de faire de tous les laparotomistes qui se servent de préférence de la suture à points séparés pour fermer l'incision de la paroi abdominale est plus ou moins analogue à celle de MM. Léopold, Czerny-Terrier. Mais M. Pozzi, un des plus ardents défenseurs, en France, de la suture en surjet et à étages, l'a appliquée aussi à l'hystéropexie et a modifié dans ce sens le procédé de Czerny-Terrier. Il fixe lui aussi la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale en laissant inclus, dans l'intérieur de cette paroi, les fils fixateurs, à l'encontre de Léopold ; mais, pour comprendre l'utérus dans la première suture profonde qu'il fait sur le péritoine, voici comment il procède.

Manuel opératoire. — A l'aide d'une aiguille de Hagedorn, armée d'un fil de soie fine, mais résistante, il commence par fermer la plaie de la paroi à sa partie inférieure en faisant un premier surjet qui comprend le péritoine, l'aponévrose profonde et les muscles droits, de façon à prendre à l'angle inférieur un point d'appui. Arrivant alors sur la face antérieure de l'utérus, dont le fond est maintenu relevé et appliqué contre la paroi abdominale à l'aide d'une pince tire-balle ou d'une pince de Museux, il traverse une première fois la couche superficielle de la paroi antérieure de cet organe avec le fil qui vient de lui servir et avec lequel il a commencé le surjet péritonéal. Ce premier point de surjet placé, il continue de la même manière en se dirigeant vers le haut de la plaie. Il réunit ainsi à l'aide du même fil, les muscles, l'aponévrose des droits et le péritoine (c'est-à-dire

toute la partie profonde de la plaie abdominale, sauf la peau et le tissu cellulaire), et la face antérieure de l'utérus (voir *Fig.* VI). Après avoir dépassé le fond de l'utérus, il termine

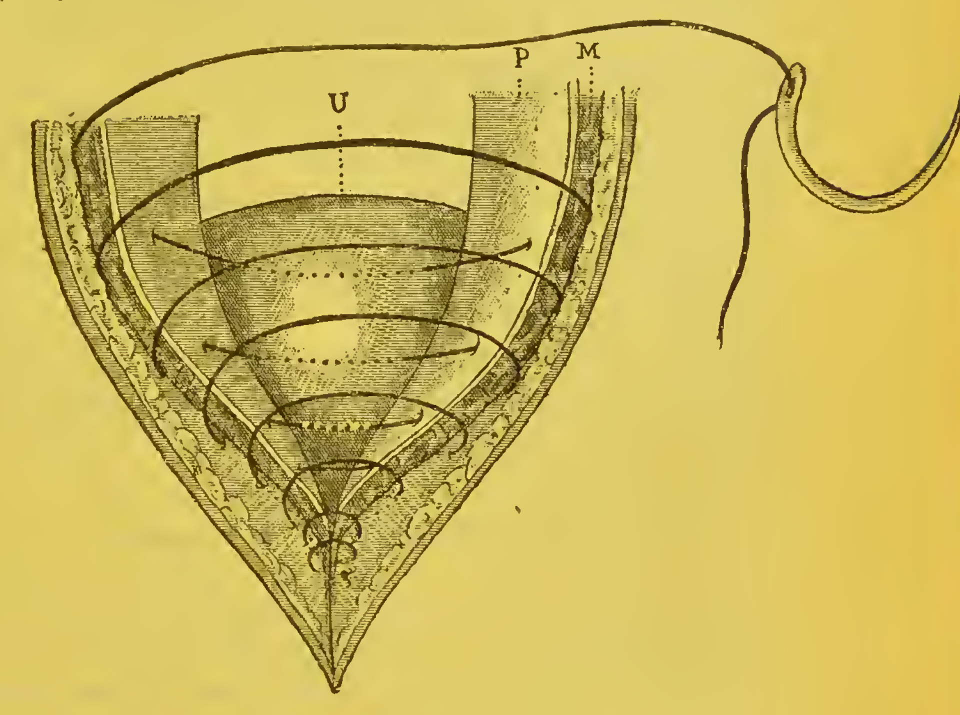


FIG. VI. — Hystéropexie abdominale antérieure.

(*Procédé de Pozzi.*)

U, fond de l'utérus; — P, péritoine; — M, couche musculo-aponévrotique de la paroi abdominale antérieure.
Cette figure montre très nettement la façon de faire le surjet péritonéo-utérin.

(Nous devons ce cliché à l'extrême obligeance de M. le Dr Pozzi.)

le surjet comme il le fait d'habitude dans toutes les laparotomies.

Il complète la suture de la paroi en faisant par-dessus un second surjet au catgut à deux plans superposés et comprenant les muscles droits et l'aponévrose superficielle; puis il place des sutures profondes de soutènement à la soie et des sutures superficielles intercalaires (surjet au catgut) [1].

[1] Nous remercions notre maître, M. Pozzi, d'avoir bien voulu nous communiquer les épreuves de son *Traité de Gynécologie* où ce procédé est décrit.

Appréciation. — Ce procédé revient, on le voit, à faire trois à quatre points de suture transversaux très rapprochés (mode Czerny-Terrier). On voit que M. Pozzi met en somme moins de fils fixateurs que M. Lucas-Championnière qui va à quatre et même à cinq ; et, de cette façon, il évite l'accumulation dans la plaie d'un certain nombre de nœuds trop rapprochés. Peut-être cette suture fixatrice continue est-elle plus délicate à exécuter que la suture à points séparés, quoique M. Pozzi la prétende plus rapide ? Le maniement de l'aiguille ordinaire nous semble en tout cas moins aisé que celui de l'aiguille de Reverdin. D'autre part, est-il absolument utile de fermer la plaie abdominale d'une façon aussi complexe que le veut M. Pozzi ? Question de tendance et d'habitude, car le résultat ne saurait être différent.

D. — Procédé de M. Picqué.

M. Picqué fixe lui aussi le corps utérin, comme les chirurgiens précédents ; mais il dispose différemment les sutures fixatrices. Au lieu de comprendre toute la face antérieure de l'utérus dans plusieurs anses de fils superposés, il laisse libre la partie médiane de la face antérieure de l'organe et pose de chaque côté, *sur les parties latérales de la matrice*, deux rangées de sutures (sutures symétriques bilatérales). Chaque rangée comprend deux fils.

Manuel opératoire. — Voici d'ailleurs comment il a décrit lui-même sa façon de faire [1] : « Le fond de l'utérus étant fixé à l'aide d'une ou plusieurs pinces de Museux, appliquées plutôt en arrière qu'en avant, pour permettre d'appliquer avec plus de facilité l'utérus contre la paroi abdominale, un premier fil est passé à travers les muscles droits et le péritoine ; il traverse horizontalement le tissu utérin dans une étendue d'un centimètre et demi environ. Ce premier fil est alors noué sur l'aponévrose. Un deuxième fil est placé de la même façon, à un centimètre au-dessous. — De l'autre côté,

[1] Picqué. — *Traitement de la rétroflexion utérine adhérente ;* in *Revue génér. de Clin. et de Thérap.*, n° 3, 1889, p. 37.

deux fils semblables sont appliqués (*sutures bilatérales*). En outre, un cinquième fil est appliqué ordinairement dans l'*angle inférieur de la plaie* du péritoine, sur la face antérieure de l'utérus (*point médian*).

Il est nécessaire, ajoute M. Piçqué, de passer immédiatement les fils à travers les lèvres de la solution de continuité avant de traverser le tissu utérin, pour maintenir *intacte* la prise sur l'utérus ; ce serait là une condition indispensable au succès de la suture.

Appréciation. — Ce mode de fixation nous paraît constituer un procédé intermédiaire entre celui de Czerny-Terrier et ceux dans lesquels on fixe les *cornes utérines* [1] aux *lèvres de la paroi abdominale* (procédé qui, comme on le verra bientôt, a été employé quelquefois par Klotz, Hofmeier, Bazy, etc. (*Fixation semi-directe.*) — On peut lui adresser les mêmes critiques qu'à tous les procédés que nous étudierons dans le chapitre suivant.

2° PROCÉDÉS A SUTURES FIXATRICES VERTICALES

E. — Procédé de M. O. Zinsmeister.

Considérations générales sur les procédés de Fixation à sutures verticales. — Les procédés de fixation recommandés récemment par M. le Dr Otto Zinsmeister (de Vienne) [2] et M. le Dr Faucon (de Lille) sont aussi notablement différents de ceux de Léopold et de Czerny-Terrier. Nous y insistons un peu, car ils constituent (surtout celui de Zinsmeister) une transition assez nette, de même que celui de M. Picqué, entre la *Fixation dite directe* et la *Fixation semi-directe* (à l'aide

[1] Le procédé de M. Picqué a une grande analogie avec celui d'Olshausen-Sænger en ce qui concerne les points de l'utérus qu'on fixe ; mais il en diffère par la façon dont les fils fixateurs sont suturés à la paroi abdominale. (Voir plus loin.)

[2] O. Zinsmeister. — *Zur Therapie der Uterusretroflexio.* Compte rendu officiel d'une communication à la *Société d'Obst. et de Gyn.* de Vienne ; in *Wiener med. Blätter*, nos 31, 1889, p. 487, et in *Wien. med. Wochenschrift*, n° 40, 1889, p. 1530.

des annexes de l'utérus); mais, en réalité, leur originalité est de légère importance.

Leur caractéristique réside surtout, quoi qu'on ait pu dire, dans la disposition des fils fixateurs. Tous les chirurgiens jusqu'ici, pour suturer l'utérus à la paroi abdominale, avaient placé les fils *horizontalement*. O. Zinsmeister, voulant innover, les a disposés *verticalement* et M. Faucon l'a imité; car, tout en n'attachant aucune importance à cette disposition des fils, ce dernier a été forcé de l'adopter — il l'avoue lui-même — pour rendre possible le procédé qu'il avait conçu pour la cure du prolapsus. Zinsmeister au contraire a opéré pour des rétrodéviations.

Pour être exact et complet, nous devons ajouter qu'assistant aux premières hystéropexies de M. Terrier, nous nous étions demandé nous-même, si l'adjonction aux fils horizontaux classiques d'un *fil vertical* allant de la partie moyenne du fond de l'utérus aux environs du col, n'assurerait pas une fixation plus solide de l'organe à soulever ou à redresser, considération qui a une réelle importance, surtout lorsqu'il s'agit de prolapsus d'utérus volumineux[1]. Cela nous avait paru facile à exécuter, d'autant plus qu'on n'élève jamais beaucoup le fond de l'utérus au-dessus de l'angle inférieur de la plaie abdominale. Mais jamais, on le conçoit, nous n'avons mis à exécution notre idée, et aucun de nos maîtres en France ne l'a réalisée[2]. Nous avouons que c'est une précaution qui nous paraît aujourd'hui totalement superflue, au moins dans les cas ordinaires de rétrodéviations utérines.

Manuel opératoire. — Quoi qu'il en soit, voici comment Zinsmeister place les deux fils verticaux qu'il emploie à la place des fils horizontaux.

Ce chirurgien fait d'abord la laparotomie et libère l'utérus; puis, pour placer ses sutures fixatrices, sans avoir gratté au préalable la séreuse comme Léopold, il se sert d'une aiguille

[1] Nous avions vu faire quelque chose d'analogue dans une Néphropexie.

[2] Pourtant dans un cas, M. Lucas-Championnière aurait placé un fil fixateur *vertical* (Voir Obs. VI, inédite, Lucas-Championnière. Cas III).

armée d'un fort fil de catgut; il la fait pénétrer d'abord au travers des fibres musculaires superficielles de la corne utérine gauche, puis l'enfonce dans l'utérus en lui donnant une direction *parallèle à la ligne médiane*, de façon à la faire ressortir à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Ceci fait, l'aiguille est engagée dans la paroi abdominale, *à 2 centimètres à gauche du bord de l'incision*, et traverse le péritoine, le fascia, et les muscles de la paroi. La peau n'est pas transpercée. On fait ressortir ensuite l'aiguille dans la cavité abdominale. Le fil est noué dans l'abdomen. La même manœuvre est répétée à droite et la laparotomie terminée comme d'habitude.

Appréciation. — On le voit, non seulement dans ce procédé les fils sont verticalement placés, mais *ils sont noués dans l'intérieur de la cavité abdominale*, la peau de la paroi n'étant pas utilisée pour la fixation. Zinsmeister fait donc des *sutures perdues intrapéritonéo-abdominales.* On pourrait cependant faire autrement et placer des fils verticaux qu'on nouerait dans la plaie. Il suffirait pour cela, de les fixer aux *bords* de l'incision et non pas à 2 centimètres en dehors des lèvres de la section abdominale.

F. — Procédé de M. Faucon.

M. Faucon (de Lille), dans une communication récente à *l'Académie royale de Médecine de Belgique* [1], a fait connaître un procédé analogue à celui de Zinsmeister, qu'il a employé dans un cas de prolapsus utérin au 3[e] degré compliquant un kyste parovarien. Voici la façon dont il a opéré [2].

Manuel opératoire. — « L'incision de la paroi abdominale est commencée immédiatement au-dessous de l'ombilic et s'arrête à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

[1] V. Faucon. — *Note sur un nouveau mode de suture dans l'Hystéropexie*; in *Bull. de l'Ac. roy. de Méd. de Belgique*, 1890, p. 282.

[2] Communication écrite. Lettre du 1[er] mai 1890. Nous remercions M. le D[r] Faucon d'avoir bien voulu nous permettre de prendre connaissance de son travail.

« L'utérus étant redressé et attiré en haut, un premier crin de Florence (voir *Fig.* VII, F) est passé à l'aide d'une longue aiguille droite, un peu recourbée vers la pointe, dans l'épaisseur du tissu utérin, sur la ligne médiane, de haut en bas, à partir de son fond, et parallèlement à la face antérieure de l'organe, sur une hauteur de 2 centimètres et demi à 3 centimètres environ. Le point de la paroi abdominale à mettre en rapport avec l'utérus ayant été déterminé avec soin, l'aiguille est alors conduite dans l'épaisseur de la paroi abdominale, abordée par sa face postérieure, de *bas en haut*, et sur une hauteur égale

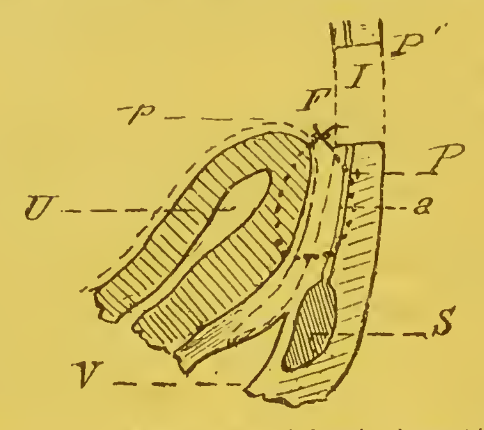


Fig. VII. — Hystéropexie abdominale antérieure.
(*Procédé de Faucon.*)
Méthode des sutures fixatrices verticales [1].

Coupe verticale du bassin passant par la ligne médiane.
P, coupe de la paroi abdominale ; — *a*, aponévrose de la paroi abdominale ; — P, paroi abdominale, au-dessus de l'incision abdominale ; — I, incision de la laparotomie ; — S, symphyse pubienne ; — V, vessie ; — U, utérus (coupe médiane) ; — P, péritoine utérin ; — F, fil fixateur vertical, médian et son nœud *intra-péritonéo-abdominal*, visible aussi en F, sur la Figure VIII.

d'environ 3 centimètres, pour ressortir dans la cavité du péritoine. Les deux extrémités du crin de Florence, choisi suffisamment long pour faciliter la manœuvre de l'aiguille, sont momentanément étreintes dans les mors d'une pince à forcipressure. Un second puis un troisième fil (voir *Fig.* VIII, F' et F'') sont placés de la même manière, à droite et à gauche du premier. Ils sont distants de ce dernier d'environ un centimètre.

[1] Ces schémas ont été conçus par nous d'après des croquis que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Faucon.

« Après la toilette du champ opératoire, ces trois fils *verticaux* sont serrés et noués (voir *Fig.* VIII). L'utérus se trouve alors intimement accolé à la face postérieure de la paroi

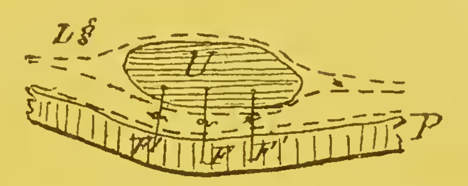


Fig. VIII. — Hystéropexie par la méthode à sutures verticales.
(*Procédé de Faucon.*)

Coupe horizontale de la partie supérieure du bassin passant au niveau de l'angle inférieur de l'incision abdominale, au niveau du point F de la Figure VII.
U. utérus (fond) : — Lg, ligament large ; — P, paroi abdominale (coupe) ; — F, fil fixateur médian, vertical, placé en F, sur la Figure VII ;— F', F', fils fixateurs latéraux ; nœud des 3 fils verticaux.

abdominale, de telle sorte que *son fond remonte jusqu'au voisinage de l'angle inférieur de l'incision abdominale* (I, *Fig.* VII) et que les trois nœuds de la suture se trouvent logés dans le sinus formé par l'adossement de l'utérus (U), et de la paroi (P). »

Appréciation. — On le voit, le procédé recommandé par M. Faucon est, à peu de chose près, le même que celui de Zinsmeister. Il ajoute toutefois un fil médian ; d'autre part il *fixe ses fils au-dessous de la ligne d'incision abdominale.* Ce dernier point, à notre avis, est la véritable caractéristique du procédé du chirurgien de Lille, et nous pensons qu'il faut insister un peu sur la partie de la paroi à laquelle il accole ainsi l'utérus. En effet, au lieu de le fixer *sur les bords de l'incision abdominale*, comme dans tous les autres procédés décrits jusqu'ici, M. Faucon a soin, faisant une incision *ad hoc*, haut placée, de le suturer immédiatement au-dessus de la vessie, *au-dessous de l'angle inférieur de la plaie, c.-à-d. sur une paroi abdominale non sectionnée* au préalable. Cette manière de faire, possible surtout avec les fils verticaux, serait réellement difficile à exécuter avec des fils disposés horizontalement et inclus soit dans l'abdomen, soit dans la plaie. Donc, M. Faucon a beau dire qu'il n'attache que peu d'importance à la direction de ses fils : cette direction est si importante que

son procédé serait à peine réalisable si les sutures n'étaient pas verticales. Il en convient lui-même d'ailleurs quelques lignes plus loin. Quand on veut faire en effet des *sutures perdues intra-péritonéo-abdominales* [1] il vaut beaucoup mieux les disposer parallèlement à l'incision de la paroi. En tous cas, cette fixation doit être assez délicate à mener à bien, même en suivant la technique de M. Faucon.

La précaution prise par ce chirurgien de *fixer l'utérus à une partie non incisée de la paroi* a-t-elle toute l'importance que certains auteurs, après les réflexions que nous venons de faire, pourraient y attacher ? Nous ne le croyons pas. C'est une question à résoudre ultérieurement à l'aide de faits qui manquent aujourd'hui ; en tous cas, elle nous semble plutôt se rapporter à la cure du prolapsus utérin.

Nous ne saisissons pas pourquoi M. Faucon a choisi pour faire des sutures *perdues* le crin de Florence ; la soie était tout aussi bien indiquée, même dans son cas où il avait à traiter un prolapsus. Le crin de Florence ne nous semble admissible pour l'hystéropexie que dans les procédés à sutures fixatrices *temporaires*, c'est-à-dire dans ceux de Léopold et d'Olshausen-Sænger, surtout s'il s'agit de remédier à une rétrodéviation ; mais, encore une fois, tout cela est secondaire.

En résumé, les *Procédés à sutures fixatrices verticales* nous semblent plus délicats à exécuter que celui qui est aujourd'hui classique ; mais, pour l'instant, nous ne les, croyons ni supérieurs ni inférieurs à tous ceux qui ont été successivement proposés. Pourtant, en lisant les observations de Zinsmeister, il semble que ce mode de suture ait déterminé, pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, un peu de *douleur pendant les mictions*. Il est vrai que cet état dura peu. Aussi bien n'avons-nous que deux

[1] Nous avons déjà dit que M. Faucon appelle *sutures perdues intra-péritonéo-abdominales*, les sutures qui sont nouées dans l'intérieur de l'abdomen, pour les distinguer des *sutures perdues intra-péritonéo-pariétales*, ou *inter-utéro-pariétales*, utilisées dans le procédé Czerny-Terrier, et qui sont nouées dans l'intérieur de la plaie de la paroi. Le nœud des premières sutures est donc inclus dans l'abdomen, au lieu de l'être dans la paroi elle-même.

observations de cet auteur et une de M. Faucon[1] où la fixation ait été ainsi faite. Il vaut donc mieux attendre que de discuter théoriquement sur la valeur de la direction à donner aux fils fixateurs ou sur l'importance qu'il y a à fixer l'utérus plutôt à une portion intacte de la paroi abdominale qu'aux bords de la plaie sus-pubienne.

On trouvera résumé dans le tableau ci-contre tout ce que nous avons dit au cours de ce chapitre sur la Fixation directe de l'utérus.

PRINCIPAUX MODES
DE
FIXATION DU CORPS DE L'UTÉRUS
A LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE.
(*Fixation directe.*)

FIXATION DU CORPS DE L'UTÉRUS (Gaillard Thomas).	FILS HORIZONTAUX	Fixation à la *paroi* abdominale (Lawson-Tait). (*Sutures temporaires*). *Avivement utérin* en général.			**Procédé de Léopold**..............	Modifications.	Boldt; Gottschalk (pas d'avivement), etc.
		Fixation aux *lèvres* de la plaie abdominale. (*Sutures perdues intra-péritonéo-pariétales* ou *inter-utéro-pariétales*.)	*Sutures médianes* (portant sur la partie médiane de l'utérus).	Sutures à points séparés.	**Procédé de Czerny-Terrier**....	Mode CZERNY.	Fixation du fond de l'utérus. Anse de fil simple.
						Mode TERRIER.	Fixation du fond et de la face antérieure de l'utérus. Anse en faux-fil à points passés. Modification *Laroyenne*.
				Suture continue en surjet.	**Procédé de Pozzi**......		Fixation du fond et de la face antérieure de l'utérus.
			Sutures bilatérales et symétriques (double rangée sur chaque côté (*bords*) de l'utérus.)		**Procédé de Picqué**....		Procédé de transition entre ceux de *Fixation directe* et ceux de *Fixation semi-directe*.
	FILS VERTICAUX	Fixation à la *paroi* abdominale (*excepté la peau*). (*Sutures perdues intra-péritonéo-abdominales*.)			**Procédé de Zinsmeister-Faucon**............................	Mode ZINSMEISTER.	Fixation aux *bords* de la plaie (2 fils latéraux).
						Mode FAUCON.	Fixation *au-dessous de l'angle inférieur* de la plaie (3 fils, dont un médian).

[1] Le cas de M. Faucon a déjà treize mois de date ; il n'y a pas eu récidive ; et, qu'on ne l'oublie pas, il se rapporte à un prolapsus.

§ II. — PROCÉDÉS DANS LESQUELS LA SUTURE PORTE SUR LES ANNEXES DE L'UTÉRUS

(*FIXATION SEMI-DIRECTE ET INDIRECTE*)

La plupart des procédés que nous rangeons sous ce titre ont été imaginés au cours de laparotomies, salpingectomies, etc.; ils ne valent pas autant, à notre avis, que ceux que nous venons d'examiner, quoi qu'ils soient peut-être plus faciles à appliquer dans certains cas.

1° Fixation unilatérale. — Il y a une foule de manières de fixer l'utérus à l'aide de ses annexes. D'abord on peut ne les fixer que d'*un seul côté*, opération qui a été faite (Kœberlé, Cuzzi, Præger, etc.), qui a été insuffisante dans plusieurs cas (Spæth, Lee (Cas III, T. II, Cas 32), par exemple), mais qui, parfois, a suffi pour corriger la rétrodéviation. En général, cependant, on fait la fixation des deux côtés, pour éviter des tiraillements plus marqués d'un côté que de l'autre. D'ailleurs l'utérus peut se tordre, se dévier latéralement; et, en procédant ainsi, l'on corrige une déviation en en créant une autre. Cuzzi a fait deux fois une fixation unilatérale pour éviter d'oblitérer une trompe saine laissée en place et rendre possible une grossesse ultérieure. Il aurait mieux fait d'employer le procédé Czerny-Terrier qui lui aurait donné une fixation solide et aurait laissé les trompes absolument libres.

2° Fixation bilatérale. — *Procédés divers.* — D'autre part, il faut distinguer les cas dans lesquels il y a eu, en même temps qu'hystéropexie, salpingectomie simple ou double. Souvent dans ces opérations, qui sont extrêmement nombreuses en raison de la fréquence des lésions des annexes lors de rétrodéviations, on a lié soit dans la plaie (sur ses bords), soit à la paroi abdominale, tantôt les pédicules des ovaires et des trompes enlevés plus ou moins complètement, tantôt les cornes utérines, tantôt l'extrémité utérine de la trompe, tantôt ce qui restait des ligaments ronds, ou la partie supérieure du bord interne des ligaments larges, etc., etc.

Il serait fastidieux d'étudier un à un tous ces cas, car les combinaisons des divers procédés sont extrêmement nom-

breuses ; mais on peut au moins tenter de les classer. Aussi avons-nous essayé de les grouper, de façon à présenter une ébauche de classification, qui permettra de s'y reconnaître au milieu des multiples moFications opératoires proposées.

Voici la classification qui nous paraît la plus simple ; elle n'a besoin d'aucun commentaire.

PRINCIPAUX MODES
DE FIXATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS
A LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE.

(*Fixation semi directe et indirecte.*)

A HYSTÉROPEXIE TYPE. (*Fixation* dite *semi-directe.*) Pas d'ablation d'annexes.	I *Fixation des cornes utérines.* (Origine des ligaments ronds, des ligaments utéro-ovariens, et parfois des trompes.)	1° A la *paroi abdominale* (*en dehors de la plaie*).	*Tout entière :*	a). **Procédé** dit **d'Olshausen-Sænger.**		*Procédé à sutures temporaires.*
			Seulement à la *séreuse* recouvrant la face interne de cette paroi :	b). **Procédé de Kelly.** (ancien et nouveau mode).	Intra-péritonéo-abdominales.	*Procédés à sutures perdues.*
		2° Aux *lèvres* même de la plaie abdominale.		Procédé employé dans quelques cas (Klotz, Hofmeier, Bazy, etc.)	Intra-péritonéo-pariétales.	
	II Fixation des ligaments larges seuls. Angle supérieur interne de ces ligaments, près des trompes et des ovaires.	Bords de la *plaie* de la paroi abdominale.		**Procédé de Von-Winiwarter.** (D'après Fraipont.)		
B HYSTÉROPEXIE COMPLÉMENTAIRE. (*Fixation indirecte.*) Ovaires ou trompes enlevés.	*Fixation du pédicule* de l'une ou des deux *annexes* enlevées. (Trompes ou ovaires de l'un ou des deux côtés.)	Aux *lèvres* de la plaie abdominale.		a). Anciennes ovariotomies avec pédicule externe (Kœberlé, Sims, etc.). (*Clans.*) b). Premières hystéropexies complémentaires exécutées. (*Sutures perdues intra-périnéo-pariétales.*)		
		A la *paroi* abdominale (en dehors de la plaie).		Premières hystéropexies complémentaires (Olshausen, Sænger, etc.). (*Sutures temporaires.*)		

Il n'est possible de décrire ici que certains modes de fixation dite semi-directe, à savoir les procédés connus sous le nom d'Olshausen-Sænger et de Kelly. Ces auteurs sont les seuls en effet à avoir publié avec détails, en Allemagne et en Amérique, leur manière de faire. Nous ne dirons en outre, qu'un mot de celle de Von Winiwarter, qui a été utilisée aussi dans un cas par Strong (de Boston) (voir le Tableau II, Cas II de Strong, etc.) et qui se rapproche beaucoup de celle d'Olshausen, car dans ce dernier prodédé on fixe aussi une partie des ligaments larges.

Tous les autres procédés sont ceux dans lesquels on a fixé les pédicules des annexes enlevées (*Fixation indirecte*). Ils peuvent être ramenés aux deux types principaux qu'on trouve dans le tableau précédent; nous n'y insisterons pas davantage.

Ce tableau montre encore que les méthodes d'Olshausen et de Kelly, employées par un grand nombre de chirurgiens, diffèrent surtout entre elles par un point, à savoir : la façon de suturer à la paroi abdominale les fils fixateurs. D'autre part les ligaments utérins fixés ne sont pas toujours les mêmes. Il est vrai que cela constitue une différence assez notable, qui a son importance pratique.

I. — FIXATION DES CORNES UTÉRINES

A. — Procédés d'Olshausen-Sænger.

Olshausen a décrit dans son premier mémoire la façon dont il a procédé dans ses premières opérations. Sænger, ayant contribué beaucoup par son travail sur l'hystéropexie, à vulgariser ce manuel opératoire, on lui donne à bon droit le nom de *Procédé d'Olshausen-Sænger*. Voici en quoi il consiste.

Manuel opératoire. — Chaque corne utérine est fixée à la paroi par plusieurs points de suture en dedans de l'artère épigastrique. Pour exécuter cette suture, une aiguille courbe est passée immédiatement le long de l'utérus autour du ligament rond (*Fig*. IX, *h*); puis elle est enfoncée dans les

muscles de la paroi abdominale, à *quelques centimètres en dehors*, de chaque côté de l'incision abdominale, plus près de la symphyse pubienne que de l'ombilic ; puis on la fait ressortir par la face cutanée de la paroi. On place deux ou trois sutures (*Fig.* IX, *f* et *g*) de chaque côté ; les sutures sont pratiquées tout à fait à l'extrémité des cornes utérines, à la naissance des ligaments ronds. C'est là la *méthode de sutures bilatérales et symétriques* proprement dites. La fixation est très ferme ; cependant l'utérus a encore un peu de mobilité, plus que quand on le fixe par son fond.

Olshausen a pris lui-même la peine de faire remarquer que les sutures qu'il fait ne portent pas sur l'utérus ni même

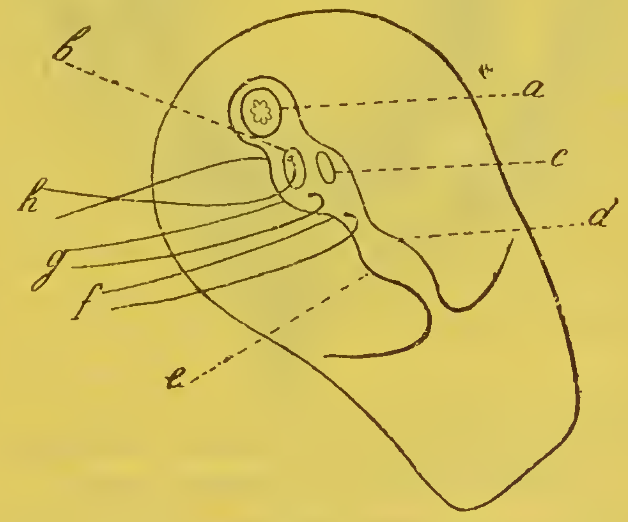


Fig. IX. — Hystéropexie abdominale antérieure.
(*Procédé d'Olshausen*, d'après Sænger.)

Schéma de la disposition des fils fixateurs.
a, trompe ; — *b*, ligament rond ; — *c*, ligament de l'ovaire ; — *d*, feuillet postérieur du ligament large ; — *e*, feuillet antérieur du ligament large ; — *f*, *g*, *h*, fils fixateurs.

sur les cornes utérines proprement dites, mais bien sur les annexes de cet organe, les *ligaments ronds et le bord interne des ligaments larges*, surtout pour les deux points de suture inférieurs (*Fig.* IX, *g* et *f*). Il ajoute même que, quand on n'a pas à craindre d'entraver les fonctions des trompes, on peut les comprendre elles aussi dans les sutures.

Ces sutures fixatrices sont tout à fait distinctes des sutures profondes de la plaie abdominale.

D'autre part, dans presque toutes les relations de ses opérations par le procédé d'Olshausen, Sænger a insisté sur la *constatation d'une fente* située entre l'utérus et la vessie. C'est donc là un point défectueux à signaler dans ce procédé. Sænger a beau dire qu'on peut faire en sorte que cette

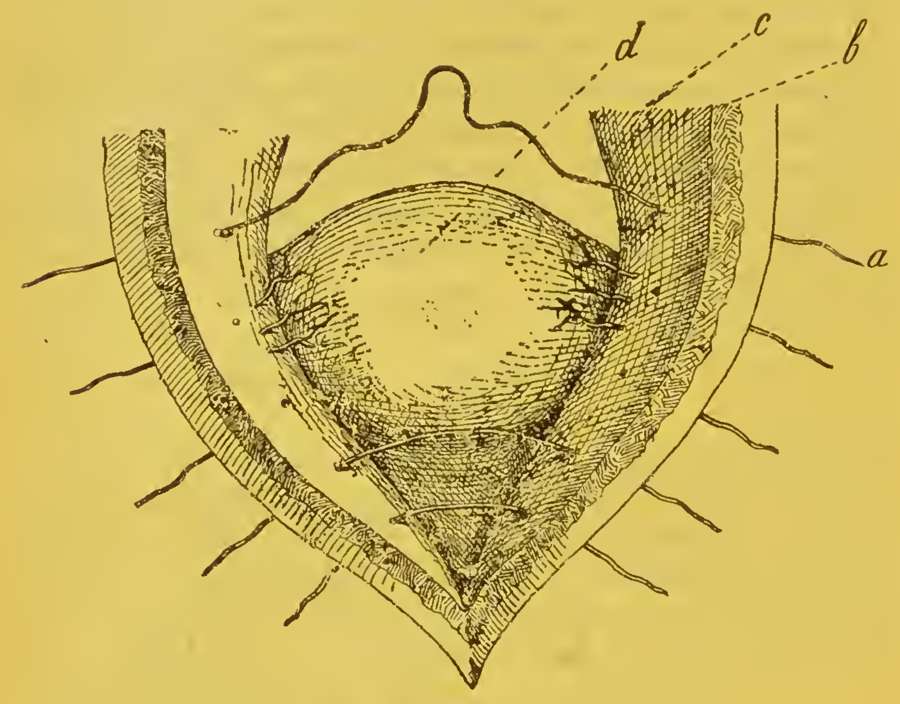


Fig. X. — Hystéropexie abdominale antérieure.
(*Procédé d'Olshausen*, d'après Sænger.)

Fils fixateurs en place.
a, fils de suture de la paroi abdominale ; — *b*, muscles et aponévroses de la paroi ; — *c*, péritoine ; — *d*, utérus (fond).

(Figure extraite, comme la précédente, du mémoire principal de Sænger.)

fente soit petite ; elle n'en existe pas moins dans tous les cas opérés ainsi, que l'on fixe les ligaments ronds seuls ou les ligaments larges seuls. Une anse intestinale peut s'engager en ce point et cet accident pourrait avoir des suites graves (occlusion intestinale [1]).

[1] On peut faire un reproche analogue au procédé de M. Picqué, décrit plus haut.

Olshausen paraît tenir beaucoup à ce qu'on recherche avec soin *la situation exacte de l'artère épigastrique*, ce qui est facile en raison du relief que fait cette artère sur le péritoine et de la facilité avec laquelle le doigt la sent battre, alors même que l'œil ne peut suivre son trajet. La situation de ce vaisseau établie, on place ensuite les sutures sur chaque corne utérine, de façon à ce que cette artère soit toujours en dehors de la suture ; mais Sænger trouve avec raison une telle précaution au moins superflue. En somme, toutes ces minuties ne sont pas faites pour encourager l'opérateur à choisir ce procédé, puisqu'il en existe d'autres bien plus simples.

Appréciation. — Certains chirurgiens ont prétendu que le procédé d'Olshausen-Sænger laissait à l'utérus une certaine mobilité, de même que tous les autres procédés de fixation indirecte, et que la vessie pouvait alors se dilater plus à son aise. L'observation clinique a montré que cet avantage n'avait pas d'importance et qu'il ne contre-balançait pas les ennuis que pouvait occasionner l'existence de la fente entre l'utérus et la vessie. A supposer que l'on emploie ce procédé, si la femme est susceptible de devenir enceinte (ovaires sains laissés en place), on prendra bien soin de ne pas saisir la trompe dans la suture fixatrice.

Le reproche que nous avons déjà adressé au procédé de Léopold (possibilité d'une infection de la plaie par les fils fixateurs) peut être, en outre, formulé contre celui d'Olshausen-Sænger. Sænger aurait eu d'ailleurs des abcès autour des sutures fixatrices dans certains cas. D'une façon générale, à notre avis, les *sutures fixatrices perdues* sont toujours préférables aux *sutures temporaires*.

B. — Procédé de Kelly.

La description du procédé de Kelly doit comprendre deux parties, car ce chirurgien a utilisé successivement deux modes opératoires un peu différents, mais comparables, à quelques années d'intervalle. Nous les désignerons, pour plus de clarté, par les dénominations de *Procédé de Kelly*, Première et Seconde Manières.

a). *Procédé de Kelly* (Première Manière). — Voici les règles opératoires qu'avait formulées Kelly dans son premier mémoire[1]; nous les donnons *in extenso*, et reproduisons les

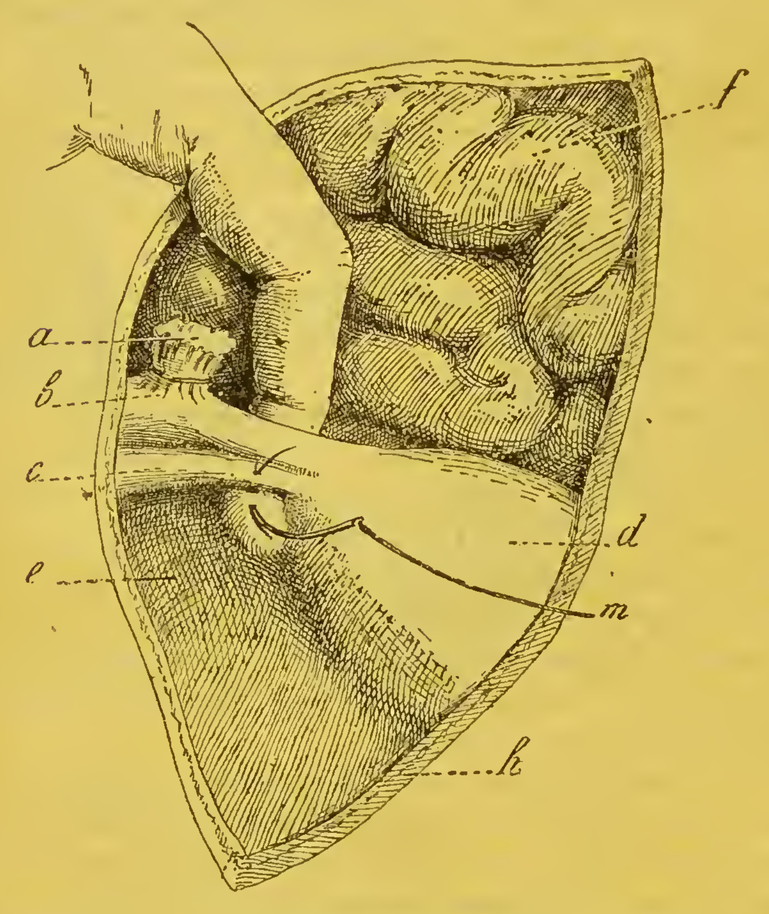


Fig. XI. — Hystéropexie abdominale antérieure.
(*Procédé de Kelly*, Première Manière.)

a, pédicule de l'ovaire (ovaire enlevé); — *b*, ligament de l'ovaire et trompe; — *c*, ligament rond; — *d*, utérus (fond); — *e*, ligament large; — *f*, intestin grêle; — *h*, paroi abdominale; — *m*, aiguille et fil fixateur.

(Figure extraite du travail de Kelly.)

figures destinées à faire comprendre cette première manière d'opérer.

On passera une suture interrompue ou deux sutures conti-

[1] Voir *Index bibliogr.—American Journal of Obst.*, 1887 et 1888, etc., etc.

nues à travers chacune des *cornes utérines* (*Fig.* XI, *m*); puis on rapprochera le corps de l'utérus de la paroi abdomi-

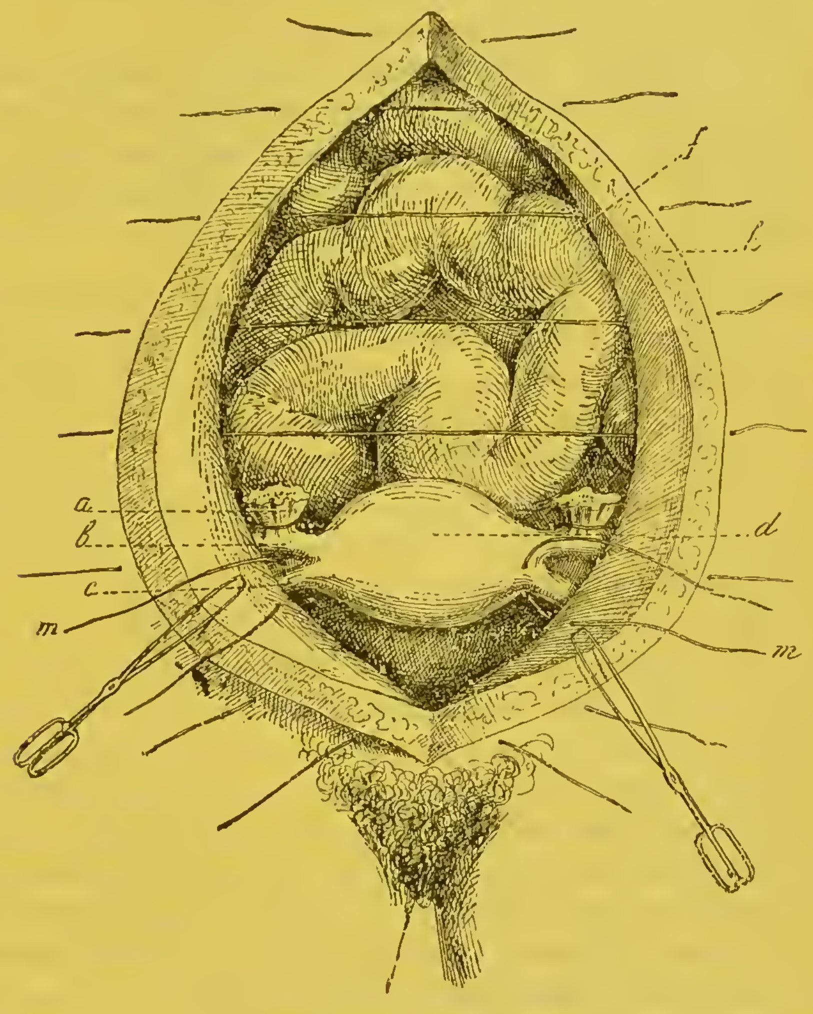


Fig. XII. — Hystéropexie abdominale antérieure.

(*Procédé de Kelly*, Première Manière.)

a. pédicule de l'ovaire; — *b*. ligament de l'ovaire et trompe; — *c*, ligaments ronds; — *d*. fond de l'utérus; — *f*. intestin grêle; — *h*, paroi abdominale; — *m*, *m*. fils fixateurs.

(Figure extraite du mémoire de Kelly.)

nale et fixera des fils sur la *séreuse péritonéale*, en des points éloignés des bords de l'incision abdominale d'environ la mi largeur du corps de l'utérus (*Fig.* XII, *m*, *m*). Ces points de suture devront se trouver de 2 à 4 centimètres au-dessus du pubis.

Si l'on opère pour une rétroflexion, sans enlever les annexes, on pourra comprendre dans les sutures soit les *ligaments ronds* seuls, soit, ce qui vaut mieux, l'ensemble de l'origine des annexes (jonction utéro-tubaire)[1].

Si l'on enlevait en même temps les annexes, ajoutait Kelly, on devait passer plutôt les sutures entre les deux ligatures placés déjà sur les *pédicules* (celui de l'ovaire et celui de la trompe), au niveau des cornes, ainsi qu'il l'avait fait dans sa première opération.

Kelly, après quelques tentatives faites en suivant ce manuel opératoire, aurait constaté qu'il échouait par trop souvent; ce qui ne nous étonne pas, le ligament artificiel obtenu par ce procédé étant trop mince, trop frêle pour constituer une adhérence suffisamment résistante entre l'utérus et la paroi abdominale. Mais Kelly attribua ses échecs à ce qu'il fixait l'utérus par sa partie antérieure et à ce que la pression abdominale, continuant à agir sur le fond de l'utérus incomplètement antéversé, tendait à ramener ce fond en arrière et à déterminer une sorte de rétroflexion dont le sommet de l'angle correspondait au point de fixation antérieure. Aussi combina-t-il un autre procédé, qu'il a employé déjà plusieurs fois, mais dont il n'a publié que trois observations. (Voir Tableau II.) Il consiste à passer les fils fixateurs par-dessus le bord supérieur des ligaments larges pour fixer la partie postérieure du fond de l'utérus à la paroi, à l'aide des ligaments tubo-ovariens. L'utérus, en antéversion forcée, se trouve dès lors suspendu à cette paroi comme le serait le corps d'un homme qu'on saisirait par les omoplates et qu'on suspendrait à un plafond. Kelly, disant le plus grand bien de cette nouvelle façon d'opérer, nous la décrirons avec détails [2].

[1] Nous ne saisissons pas pourquoi Kelly tenait ainsi à saisir la trompe, pour l'oblitérer. Peut-être était-ce pour empêcher la possibilité d'une grossesse ultérieure? Ce ne serait un moyen à recommander qu'au moins dans certains cas tout spéciaux. On remarquera que Kelly ne prend pas comme Olshausen et Sænger le bord interne du ligament large; il ne fixe que les cornes utérines, c'est-à-dire les annexes proprement dites à leur origine sur l'utérus (trompe, ligament rond.)

[2] Ce nouveau procédé a été décrit par le chirurgien américain plu-

b). *Procédé de Kelly* (Deuxième Manière). *Fixation des ligaments tubo-ovariens.* — Tout le procédé est dans la façon d'exécuter les sutures. Pour cela, on place d'abord six sutures, trois de chaque côté de l'angle inférieur de la plaie, sur le *péritoine pariétal*, à quelques centimètres des lèvres de l'incision. On peut prendre un peu de tissu musculaire dans chaque anse de fil. Les sutures placées sur la séreuse, on les ramène de chaque côté et on les fixe provisoirement avec deux pinces. Une pince maintient les trois fils placés à droite ; une autre les trois placés à gauche.

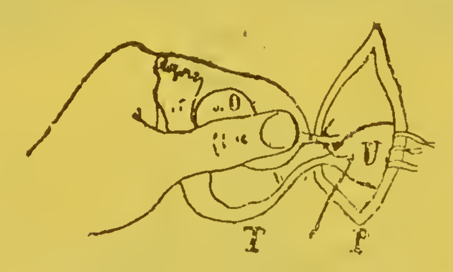


Fig. XIII. — Hystéropexie intra-péritonéale.
(*Procédé de Kelly*, Deuxième Manière.)

Façon de passer le fil fixateur sur le ligament utéro-ovarien.
U, utérus; — P, paroi abdominale incisée; — T, trompe droite; — O, ovaire droit.

Ceci fait, on introduit l'index et le médius dans la plaie, va à la recherche de l'utérus dans le pelvis [1] et le redresse. On attire l'ovaire et la trompe dans l'incision. De cette façon on rend parfaitement visible le *ligament utéro-ovarien*. Les trois fils du côté droit, déjà passés à travers le péritoine, sont alors enfoncés à l'aide d'une aiguille dans l'ordre de leur pénétration, de dedans en dehors, à travers l'aileron du liga-

sieurs fois. On trouvera des renseignements sur ce point : in *The New York Medical Journal*, 5 octobre 1889, p. 383 ; in Anal. du *Congrès de Boston*, in *The american Journal of Obstetrics*, 1889 ; in C. R. officiel de ce Congrès ; et surtout dans un mémoire récent : H. Kelly (Baltimore). — *On Hysterorrhaphy*; in *The Johns Hopkins Hospital Bulletin*, janvier 1890, n° 2, vol. I, p. 17 (figures très nombreuses). L'analyse de cet article (ou d'un autre analogue), parue dans le *Scalpel* (n° 45, 11 mai 1890, p. 267), ne nous paraît pas exacte, au moins sur un point.

[1] Il nous semble qu'on ferait mieux de le mobiliser avant de placer les fils sur le péritoine.

ment tubo-ovarien, à mi-chemin entre l'ovaire et l'utérus (Voir *Fig.* XIII).

Il ne faut pas encore suturer ces fils. L'ovaire et la trompe du côté droit étant réintégrés dans l'abdomen, les trois fils étant replacés entre les mors d'une pince, on répète la même chose du côté gauche.

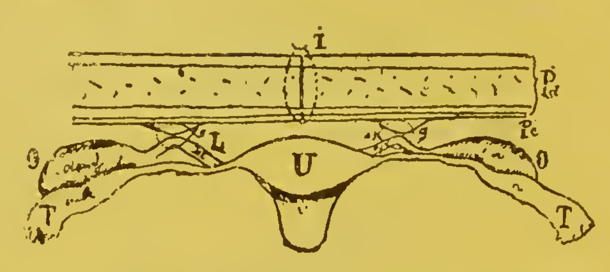


Fig. XIV. — Hystéropexie intra-péritonéale.

(*Procédé de Kelly*, Deuxième Manière.)

Schéma représentant, vu par en haut, l'utérus fixé à la paroi abdominale (coupe du bassin.) U. utérus; — O, ovaires: — T, trompe; — L, ligament tubo-ovarien; — Pa, paroi abdominale antérieure (en coupe); — Pe, Péritoine pariétal, tapissant cette paroi: t, incision médiane de la laparotomie fermée par une suture profonde; — S, une suture fixatrice, réunissant le péritoine seul (Pe) de la paroi (Pa) avec le ligament (L.)[1].

Ceci terminé, on attire les deux ligaments tubo-ovariens jusqu'à la paroi abdominale en tirant sur les six fils pris dans les deux pinces. Avant de les nouer, il est utile de promener



Fig. XV. — Hystéropexie intra-péritonéale.

(*Procédé de Kelly*, Deuxième Manière.)

Schéma représentant, vu de profil, l'utérus fixé par le procédé de Kelly. P, paroi abdominale antérieure; — U, utérus; — OV, ovaire droit: — C, Colonne vertébrale et sacrum; — S, une suture fixatrice en place du côté droit.

Ces trois figures sont extraites, de même que la suivante, du mémoire de Kelly (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*).

l'index autour de l'utérus et de chaque côté pour bien s'as-

[1] Cette figure est un peu trop schématique, car Kelly dit lui-même qu'il prend un peu de muscle dans le péritoine de la paroi.

surer qu'aucune anse intestinale ni aucune partie du mésentère ne sont emprisonnées dans les ligatures ou entre l'utérus et la paroi abdominale. A ce moment on noue solidement les six fils, un par un, coupe les fils au ras des nœuds et referme le ventre comme d'habitude. Les sutures fixatrices sont, on le voit, des *sutures perdues intra-péritonéales abdominales*. Les Figures XIV et XV représentent de face et de profil la situation de l'utérus, l'opération terminée.

Si, au cours de l'hystéropexie, on trouvait sur l'aileron de la trompe ou ailleurs, des veines variqueuses très dilatées, on ferait bien d'en pratiquer d'abord la ligature, comme l'a fait



Fig. XVI. — Ligature de veines ovariennes dilatées au cours de l'hystéropexie (Kelly).

F, fils destinés à faire la ligature des deux veines ovariennes dilatées; — U, uterus; — O, ovaire droit; — T, trompe droite: — L., R., Ligament rond droit; — Ov., veines ovariennes dilatées et flexueuses (Varicocèle ovarien).

Kelly dans un cas (Kelly, Cas IV. Voir *Fig.* XVI), pour ne pas avoir d'hémorrhagie en plaçant les sutures fixatrices[1].

Appréciation. — Malgré ce récent perfectionnement, nous continuons à regarder le procédé de Kelly comme inférieur à tous ceux que nous avons décrit jusqu'ici. La fixation à la séreuse péritonéale (car, s'il prend un peu de muscle, c'est seulement pour que la ligature tienne) ne nous semble pas suffisante. D'ailleurs, l'auteur avoue lui-même qu'il n'obtient

[1] C'est là une précaution qui ne devrait pas être négligée dans les différents procédés de fixation où l'on agit sur les annexes.

ainsi qu'un tractus fibreux peu résistant, qui s'étire de suite. Comment veut-il dès lors éviter les échecs, si l'utérus à la moindre tendance au prolapsus? C'est à se demander si la simple destruction des adhérences périutérines n'aurait pas suffi pour redresser l'utérus dans les cas qu'il a opérés. Toutefois, nous devons ajouter que Cuzzi a imité Kelly (première manière) et a eu des résultats satisfaisants, même en ne fixant les annexes que d'un côté. D'autre part Grandin semble aussi partisan de ce manuel opératoire.

Quoi qu'il en soit, nous rejetons le deuxième mode comme le premier, parce que nous ne comprenons pas pourquoi on ne prendrait dans la ligature que le péritoine et parce qu'en attirant ainsi en avant le ligament tubo-ovarien on peut comprimer à sa partie supérieure la trompe de Fallope, qui à l'état normal passe au devant de lui.

II. — FIXATION DES LIGAMENTS LARGES

Sous ce nom nous devons ranger et décrire en quelques mots le procédé qu'employa Von Winiwarter, car il diffère un peu de ceux que nous avons signalés jusqu'ici.

Procédé de Von Winiwarter.

Le procédé de Von Winiwarter, d'après Fraipont qui l'a fait connaître, « serait plus sûr que celui employé par Muller[1] puisqu'il produit le contact de tout le fond de la matrice avec le péritoine de la paroi abdominale et que ce contact peut être prolongé pendant une vingtaine de jours, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'une adhésion solide se soit produite ». Ce qui ne nous paraît pas très exact; mais passons, car là n'est point la question.

Voici le mode de suspension de l'utérus qu'employa Von Winiwarter et que Fraipont recommanda alors.

Manuel opératoire. — « On passe l'anse du fil fixateur *à travers le ligament large*, au-dessous de l'ouverture de la

[1] Allusion aux premières Hystéropexies faites par Muller pour remédier à des prolapsus utérins (voir thèse de Dumoret) et qui ne sont que des hystérectomies supravaginales avec pédicule externe.

trompe dans l'utérus et le fixe aux bords de la plaie abdominale. Si ce n'est pas possible, dit Fraipont, il faut lui faire traverser le tissu utérin près des angles du fond de l'organe[1]. » On peut comprendre (Byford) ou non le ligament rond dans cette ligature.

C'est en somme la méthode employée par Hacker et Wœlfler pour fixer le pédicule utérin après l'hystérectomie abdominale; elle se rapproche, d'ailleurs, beaucoup de la façon dont certains chirurgiens font l'hystéropexie à l'aide des annexes de l'utérus (Sænger entre autres).

Appréciation. — Quant à savoir si cette façon de faire est aussi bonne ou même préférable aux procédés classiques, c'est une question que nous n'essayerons pas de trancher aujourd'hui, faute de faits. Strong, qui une fois a opéré d'une façon analogue, a eu un insuccès; mais, à la lecture de son observation, on ne s'en étonnera pas. Le cas de Stauda (Obs. 9, T. I), assez semblable, est plus favorable. De même celui de Byford; mais ces chirurgiens n'employèrent ce procédé que d'un côté.

Nous croyons cependant qu'en ce qui concerne les rétrodéviations utérines, point n'est besoin d'être exclusif et la fixation de l'utérus par les *ligaments larges* peut à la rigueur se défendre, comme celle de cet organe lui-même ou celle des cornes utérines. Tout doit dépendre de l'état des ligaments larges, car, s'ils sont raccourcis et atrophiés, la fixation est difficile à faire. Il serait peut-être bon, au point de vue expérimental au moins, d'employer encore parfois, un tel mode de fixation. Sinon, nous ne saurons jamais à quoi nous en tenir sur ce point.

En résumé, tous les procédés que nous venons de citer ne constituent que des variantes sans grande importance pratique et la division en fixation des ligaments larges et fixation des cornes utérines est plus schématique que réellement utile à retenir.

[1] Cette manière de faire ne constituerait pas en réalité une fixation des ligaments larges, mais une fixation des cornes utérines et rentrerait dans les procédés précédents.

III. — PROCÉDÉS DIVERS

(Combinaisons variées.)

Nous décrirons sous ce titre quelques modifications opératoires qui ont plus spécialement attiré l'attention et qui n'ont pu rentrer dans les deux paragraphes précédents.

A. — Procédé de Klotz.

(Hystéropexie avec étançonnage rétro-utérin.)

Klotz, pour les rétrodéviations avec adhérences (dix-sept cas au moins ont été ainsi opérés par lui, après avoir détaché les adhérences de l'utérus et des annexes) a préconisé le procédé suivant.

Manuel opératoire. — Il fait la suture d'une trompe ou du pédicule de l'ovaire d'un côté à la plaie abdominale ; puis il place un *drain de verre* dans la plaie, de façon à maintenir l'utérus en antéflexion pendant trois à quatre semaines; ce drain passe sur la face postérieure de l'utérus et plonge dans le cul-de-sac de Douglas. M. Roux (de Lausanne) a appelé l'emploi d'un tel drain comme tuteur provisoire l'*étançonnage utérin*, dénomination heureuse que nous conserverons et dont nous aurons l'occasion de reparler.

Appréciation. — Est-il besoin de faire remarquer que ce procédé, comme bien d'autres, est inutilement compliqué et qu'il ne doit plus être, à l'heure actuelle, recommandé. Un drainage, même avec un drain en verre, est très certainement superflu après une hystéropexie bien faite ; du moins si on l'emploie *exclusivement* pour assurer la fixation de l'utérus en antéversion. Dans certains cas, il peut être indiqué de placer un drain en caoutchouc, comme dans bien d'autres laparotomies, mais non pas pour favoriser l'union de la paroi abdominale avec l'utérus. Ce drain joue alors le role de drain et non pas d'étançon.

Qu'on n'oublie pas que d'inutile il peut devenir dangereux, en augmentant les chances d'infection lors des pansements ultérieurs.

B. — Procédé de fixation complexe.

(*Fixation à la fois du Corps de l'utérus et de ses Annexes à la paroi abdominale.*)

Un certain nombre de chirurgiens, soit au début de l'histoire de l'hystéropexie, comme Hennig, Prochowniek (premier et deuxième cas cités par Spaeth, etc.) ; soit plus tard (Hofmeier, Cas IV, Tableau II ; Præger, Cas I, Tableau I ; Bazy[1], etc.), ont combiné de différentes façons les méthodes et les procédés que nous avons précédemment étudiés, à savoir : la *fixation du Corps de l'utérus et celle de ses Annexes*. Il suffit de mentionner le fait et de faire remarquer que c'est bien prendre trop de précautions, au moins pour les cas de rétrodéviations. Il nous semble que l'un des deux procédés, bien exécuté, est amplement suffisant. Il n'en est peut-être pas de même quand il y a en même temps prolapsus. Jamais ici la fixation ne sera trop solide.

C. — Procédé de Doléris.

(*Hystéropexie avec Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments ronds.*)

M. Doléris pratiquerait l'hystéropexie en modifiant notablement le manuel opératoire habituel.

Manuel opératoire. — Outre les sutures destinées à réunir la paroi antérieure et le fond de l'organe à la paroi abdominale, il *insère*, entre les lèvres de la plaie, les *ligaments ronds et les trompes*, saisies et attirées par un lien qui ressort à l'extérieur. Le mode de fixation serait ainsi doublement assuré : par l'adhérence utéro-pariétale d'une part, et par le pédicule tubo-ligamentaire, inséré entre les parois abdominales, d'autre part. Toutes les sutures sont faites au crin de Florence et fixées extérieurement.

[1] M. Bazy a noué les deux fils qui fixent le fond de l'utérus d'une façon un peu spéciale (Voir Obs. IV, inédite). En effet, il a noué d'abord les deux extrémités gauches de fils ensemble, puis celles de droite. De cette manière, l'utérus est soulevé et bien appliqué entre la paroi, sans qu'il se forme de plis.

Elles sont enlevées au bout de dix à douze jours. Aucun lien résorbable n'est utilisé dans ce procédé.

Appréciation. — M. Doléris, n'ayant pas publié d'observations détaillées se rapportant à cette manière de faire, nous ne pouvons la discuter. Faisons seulement remarquer que ce procédé présente tous les inconvénients de ceux où l'on emploie des sutures temporaires et qu'il annihile sans raison les fonctions de la trompe. Or, chez une femme jeune, on doit s'efforcer de les laisser perméables, dans l'éventualité d'une grossesse possible. En tous cas, comme nous le montrerons bientôt, ce procédé constitue, non pas une transition entre l'Hystéropexie et le Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds que nous étudions plus loin, mais en réalité une combinaison de ces deux méthodes, c'est-à-dire une hystéropexie complexe.

Remarques. — Tels sont les principaux procédés qui ont été employés dans les cas d'hystéropexie.

Substances agglutinantes. — Bien d'autres remarques d'ordre opératoire ont été formulées, mais nous ne croyons pas devoir nous y arrêter. Citons seulement, pour mémoire, et pour montrer jusqu'où peut aller l'imagination de ceux qui veulent ne point faire comme tout le monde, la modification que propose sérieusement Mickulicz, au dire de Schramme[1]; ce chirurgien voudrait que pour favoriser l'union des parties à souder on mît une couche de *Collodion* entre elles. Præger, après Dembowski[2], élève de Mickulicz, se demande aussi si on ne pourrait pas employer une solution de *Celloïdine !* Pourquoi pas aussi un peu de colle forte... suffisamment aseptisée ! On a tout mis dans le péritoine ; mais c'est la première fois qu'on propose d'en faire adhérer les feuillets d'une semblable façon.

[1] *Centralblatt für Gynækologie*, n° 48, 1888.

[2] *Arch f. Kl. Chir.*, Bd. XXXVII, p. 745, 1888.

II. — Détails spéciaux relatifs à l'Opération et aux Suites opératoires.

1° FILS FIXATEURS

La nature de la substance qui doit servir pour les fils fixateurs a été fortement discutée par les divers opérateurs. Les uns tiennent pour le *catgut ;* d'autres pour le *crin de Florence* (Olshausen) ; d'autres pour la *soie;* d'autres enfin pour le *fil d'argent.*

A notre avis, les sutures devant être perdues et les fils fixateurs devant être laissés à demeure dans la plaie abdominale, et non point enlevés à un moment quelconque (comme le font Olshausen et Léopold, par exemple), on ne doit employer que de la *soie* ou du *catgut* parfaitement aseptique.

M. Terrier avait adopté au début le *catgut* parce qu'il le croyait mieux toléré. Il préfère actuellement la *soie*, car aujourd'hui il n'emploie guère que cette substance pour faire toutes sortes de suture. D'autres, au contraire, ont toujours préféré la *soie*, parce qu'elle est très lente à disparaître, quoiqu'elle finisse probablement par être aussi complètement résorbée.

Nous pensons qu'il est à peu près indifférent, dans les cas de rétrodéviations[1], d'employer l'une ou l'autre matière ; il suffit que ces substances soient bien *aseptisées* et que les sutures soient faites avec soin, pour qu'on obtienne des résultats parfaits. De nombreuses observations montrent qu'il en est ainsi en réalité. Dembowski[2] pourtant prétend que le catgut ne favorise pas autant que la soie la production des adhérences.

[1] Dans les cas de prolapsus, la soie nous paraît présenter plus de garantie, au point de vue de la solidité de la fixation.

[2] Dembowski. — *Loc. cit.*

Pour nous, c'est surtout là une question de confiance, au point de vue de l'asepsie, vis-à-vis de la soie ou du catgut. Tout le monde sait que la soie est d'une désinfection plus facile que le catgut[1]. (Voir Obs. inédite Quénu, Cas I.) Aussi lui donnons-nous la préférence, et surtout dans les cas où la rétrodéviation s'accompagne d'un peu de prolapsus.

2° DÉTAILS OPÉRATOIRES DIVERS

1° Fermeture de l'abdomen.

La fermeture de l'abdomen ne présente rien de particulier à signaler ; elle doit être faite avec soin, lors d'une telle opération. Chaque chirurgien y procédera selon ses habitudes et ses tendances (sutures à étages, sutures à points séparés, sutures en surjet, etc.) ; mais il faut abandonner les procédés *à sutures profondes*, de façon à avoir une cicatrice aussi bonne que possible et à éviter toute inoculation profonde.

Nous avons vu que Léopold fermait la partie inférieure de la plaie de l'abdomen (ordinairement avec deux points de suture) avant de nouer les fils fixateurs ; cette manière de faire a peut-être quelques avantages, étant donné la façon dont les fils fixateurs sont placés. La plupart des autres opérateurs, sauf Gottschalk (voir la description de son procédé), nouent les fils fixateurs avant de commencer à fermer l'abdomen.

Généralement les parois abdominales sont solides ; il suffit de les rapprocher pour obtenir une réunion parfaite. Les éventrations n'ont pas été signalées dans les opérations de date récente. Les cas de hernies, à la partie inférieure de la plaie, sont très rares et se rencontrent seulement, comme nous le disons plus loin (Ch. VI) dans les premières hystéropexies faites il y a plusieurs années, dans la période de tâtonnement. M. Laroyenne (Lyon)[2] a été très frappé, paraît-

[1] Si le catgut est tant soit peu douteux au point de vue de l'asepsie, il vaut beaucoup mieux l'abandonner que de s'exposer à avoir des abcès autour des fils fixateurs.

[2] Audry (Lyon). Communication écrite.

il, de ce fait que les opérées d'hystéropexies pour rétrodéviations et prolapsus n'avaient pas d'éventration. Sans aller jusqu'à penser que la fixation de l'utérus puisse être un moyen de guérir une telle infirmité, comme on a pu le dire, nous voyons plutôt dans ce fait une confirmation de l'idée d'après laquelle l'éventration chez une laparotomisée dépend surtout de l'état de ses parois abdominales avant l'opération.

2° Drainage.

Le drainage de l'abdomen sera fait à l'aide d'un drain ordinaire en caoutchouc passant par derrière l'utérus ; mais on ne l'emploiera que si l'extirpation des annexes a été faite et si elle a été très laborieuse, ou bien si l'opération s'est accompagnée d'un suintement sanguin très important pendant la déchirure des adhérences.

D'ailleurs, la question du drainage n'a rien, en réalité, à voir avec la fixation de l'utérus. Elle est bien plutôt du domaine des opérations sur les annexes. Nous n'y insisterons donc pas davantage.

3° Hémorrhagies.

Kustner prétend que l'hystéropexie est souvent la cause d'hémorrhagies importantes, hémorrhagies qui, à son avis, favoriseraient la reproduction des adhérences en arrière. Nous ne croyons pas qu'on doive ainsi accuser la simple fixation de l'utérus en avant. S'il se produit des hémorrhagies sérieuses, ce sont plutôt les interventions sur les annexes (ligaments larges) qui en sont l'occasion. Toutefois, des hémorrhagies légères peuvent être dues, comme nous l'avons vu plus haut, à la déchirure des adhérences ou se produire au niveau de la plaie utérine faite par l'aiguille à sutures. En réalité, peu d'observations publiées avec détails relatent des hémorrhagies utérines graves. Kustner en a exagéré très certainement l'importance.

Dans le Cas II de Strong (Boston) (T. II), l'hémorrhagie fut de fort minime importance. Elle fut d'ailleurs facile à maî-

triser. A citer encore, au point de vue des légères hémorrhagies, dues aux sutures, un cas de Terrier (Obs. 113, T. I).

Nous ne revenons pas ici à dessein sur les hémorrhagies dues manifestement à la déchirure des adhérences; nous avons cité plus haut les cas observés.

4° Redressement vaginal.

Encore une remarque : il nous paraît inutile et même dangereux d'introduire, au cours de l'opération, *un doigt* ou *la main dans le vagin* (comme l'ont fait certains auteurs), de crainte d'infecter ensuite le péritoine. C'est là une des règles de la méthode aseptique qu'il suffit de rappeler pour en montrer l'importance. D'autant plus que ce n'est pas souvent nécessaire, quand il s'agit de rétrodéviation sans prolapsus. Si on jugeait cette manœuvre absolument indispensable, elle devrait *toujours* être confiée à un aide spécial.

On a été jusqu'à employer l'hystéromètre, une sonde intra-utérine pour soulever et redresser l'utérus pendant qu'on opérait par la voie sus-pubienne. Nous ne craignons pas de dire que tout cela est superflu. Pourquoi compliquer la laparotomie de manipulations vaginales dont on peut se passer. Qu'on ne dise pas surtout, comme certains, qu'il faut éviter d'aller chercher l'utérus dans l'abdomen avec la main, sous prétexte que cette manœuvre aggrave le pronostic opératoire. Ceci est absolument inexact. Si la main est propre — et elle doit l'être où il ne faut pas se mêler de faire ces opérations — on peut sans le moindre inconvénient plonger dans le petit bassin ! Combien de fois faudra-t-il le répéter ? D'autre part, pour maintenir l'utérus en contact avec la paroi abdominale, le fil que M. Terrier place sur le fond de l'utérus suffit amplement, si la déviation est difficile à conserver corrigée, pendant qu'on fait la fixation. Il vaut mieux que la pince à griffes.

3° PRÉCAUTIONS POST-OPÉRATOIRES

a). *Pansement vaginal après l'opération.* — Certains au-

teurs veulent qu'après l'opération on fasse le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée (Pozzi, Poncet, Laroyenne, etc.). M. Terrier se borne à faire l'antisepsie vaginale ; le tamponnement serait tout au plus de mise dans les cas de prolapsus. Il est inutile dans la très grande majorité des cas, si la fixation a été bien faite.

b). *Pessaire.* — Sænger, Léopold et d'autres, croient utile de placer dans le vagin, de suite après l'opération ou bien quand on retire le tampon vaginal (Picqué, etc.), un *pessaire de Hodge* ou autre, qu'on enlève au moment où l'opérée va quitter l'hôpital ou au bout d'un certain temps.

Une telle précaution nous paraît superflue; le pouvoir suspenseur et fixateur du catgut et surtout de la soie persiste assez longtemps pour que les adhérences aient le temps de se produire et qu'il n'y ait pas de tiraillements. Il suffit de *laisser l'opérée au lit un temps suffisant :* quinze jours à trois semaines au moins.

D'ailleurs ce pessaire sert-il réellement à maintenir l'utérus ? C'est ce qu'il faudrait d'abord prouver ! De plus, cette pratique, qui consiste à laisser un pessaire dans le vagin après l'opération, a un inconvénient : l'antisepsie vaginale n'est plus aussi parfaite, et il n'est pas indifférent d'avoir des voies vaginales aseptiques dans de semblables conditions. Nous rejetons donc son emploi, de la façon la plus formelle, après l'opération comme pendant la convalescence, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles.

ARTICLE II

HYSTÉROPEXIE EXTRA-PÉRITONÉALE

Division. — Comme nous l'avons déjà fait pressentir, en définissant le mot, il y a deux variétés bien distinctes d'*Hystéropexie extra-péritonéale.*

Dans l'une, la première en date, on opère complètement au-dessus du pubis, par la *voie sus-pubienne*, comme dans l'Hystéropexie intra-péritonéale.

C'est celle qui, au dire d'Emmet[1] et d'autres chirurgiens américains (Hunter, etc., etc.), aurait été imaginée en 1859 par Marion Sims pour remédier à une rétroversion. C'est celle qu'un Italien, Caneva, aurait réinventée pour le prolapsus utérin en 1882, ignorant bien certainement les tentatives de Sims, en Amérique. Il s'agit dans ce cas de fixer l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen à l'aide d'une aiguille enfoncée dans la cavité péritonéale, au-dessus du pubis. On va à la recherche de l'utérus, pour le transpercer ensuite.

Cette méthode a porté jusqu'ici, à tort ou à raison, le nom de Méthode de Caneva; c'est sous ce nom qu'elle est analysée dans le *Traité de Gynécologie* de A. Doran, le seul qui en ait fait mention, il y a quelques années déjà. Nous proposons de l'appeler *Hystéropexie extra-péritonéale sus-pubienne* typique, dénomination facile à comprendre et très explicite.

Mais ces temps derniers, un chirurgien espagnol, du nom de Candela, a décrit un autre procédé d'Hystéropexie extra-

[1] Voir Emmet.— Discussion à la suite de la communication de Polk au dernier *Congrès des Gynécologistes américains* en septembre 1889; in *Transact. of the American gynecological Society*, vol. XXIV, 1889, p. 267: analysée in *The American Journal of Obstetrics*, octobre 1889, p. 1066.

péritonéale sous le nom, qui se comprend aussi de lui-même, d'*Hystéro-gastrorrhaphie vaginale*. Celui-ci consiste à fixer l'utérus en avant, en faisant passer les liens fixateurs de l'intérieur de la cavité utérine, à travers la paroi abdominale, au-dessus du pubis. On voit que, si le principe est le même (fixation utérine sus-pubienne sans ouverture de la cavité abdominale), le procédé opératoire est tout à fait différent, puisqu'ici on passe par le vagin et l'intérieur de l'utérus. A défaut de terme meilleur, nous proposons celui d'*Hystéropexie extrapéritonéale vagino-pubienne*, la dénomination de Candela devant être réservée pour le procédé de Schücking que nous avons cité et qui est, lui, une opération purement vaginale. Il nous faut donc étudier successivement dans ce chapitre les deux opérations suivantes :

1° L'Hystéropexie sus-pubienne type (Sims) ;

2° L'Hystéropexie vagino-pubienne (Candela).

1° DE L'HYSTÉROPEXIE SUS-PUBIENNE TYPE

A. — HISTORIQUE

Nous le disions à l'instant, il paraît acquis que la conception de cette opération est due à Marion Sims, en 1859:

Emmet a raconté à ce propos que ce gynécologiste avait fait construire une canule destinée à recevoir un fil d'argent pour pouvoir coudre l'utérus à la partie antérieure de l'abdomen. « Un jour, Sims voulut l'essayer; mais, après l'avoir passée dans le fond de l'utérus, dans un cas de rétroversion, il perdit courage et ne termina pas son opération. »

C'est à ce seul document toutefois que se bornent nos renseignements sur le titre de priorité de Sims. Empressons-nous cependant d'y ajouter l'affirmation du *The American Journal of the Medical Sciences* (analyses des divers articles de Sænger et Klotz, mars et avril 1883, p. 327 et 434) et une affirmation moins catégorique d'Hunter (*Société d'Obstétrique de New-York*). Encore ce dernier ne donne-t-il pas la même date qu'Emmet.

Il importerait pourtant d'être bien fixé sur la tentative de

Marion Sims[1]. S'il est vrai, comme ces documents tendent à le faire croire, qu'il a eu en 1859, l'idée de rattacher ainsi l'utérus à la paroi abdominale, il faut bien reconnaître qu'il est un de ceux qui ont deviné, il y a trente ans et plus, l'avenir des diverses espèces de fixations d'organe (toutes les Pexies modernes) qu'on expérimente de nos jours. La crainte de la laparotomie et partant de la septicémie l'arrêta seule, comme ses contemporains ; aussi le véritable créateur des véritables Pexies reste-t-il Kœberlé, qui démontra le premier que le meilleur moyen de fixer un organe de l'abdomen était d'abord d'ouvrir la cavité abdominale.

En 1882, Caneva, chirurgien italien, eut une idée analogue à celle de Sims, et s'empressa de publier, avant même de l'avoir mis en pratique[2], le manuel opératoire plus admissible qu'il avait conçu pour le prolapsus utérin. Caneva, si l'on s'en tient aux données fournies par la littérature italienne, n'aurait jamais exécuté cette opération. Mais M. le Dr Mijnlieff (de Breuleken, Hollande) rapporte dans l'article que nous citons dans la note ci-dessous, qu'il a vu à la clinique du professeur Halberstema (d'Utrecht) une malade opérée par la méthode de Caneva avec un résultat satisfaisant (il s'agit toujours de prolapsus), cas que Czerny a rappelé à son tour dans son mémoire des *Beitræge für Klin. Chirurgie* sur la ventrofixation.

Caneva, ne craignant que l'ouverture de la cavité abdominale, recommanda de faire sur la ligne médiane de la paroi abdominale une incision assez grande pour faciliter la fixation, pour que l'aiguille n'ait plus alors à traverser que le péritoine, et non pas la paroi antérieure tout entière. C'est là la principale caractéristique du procédé italien : c'était une amélioration notable de la conception de Sims.

[1] Emmet. — *Loc. cit.*

[2] Caneva.— *Una proposta per la cura radicale del prolapso completo dell' Utéro ;* in *Gazetta degli Hospitali*, 20 décembre 1882, n° 112, p. 810. Jusqu'ici, cet article n'avait été cité que par Alban Doran (*Handbook of gynæcological Operations*, Londres, 1887, p. 413; et par Mijnlieff (de Breuleken) : *Jets over de operatiere Behandelung van prolapsus uteri;* in *Weekild Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1887. 7 juin, n° 23, p. 478.

Il y a quelques mois, MM. Assaky (de Bucharest)[1] et Roux (de Lausanne)[2] ont voulu, reculant encore devant la laparotomie, exécuter l'opération de Caneva, qu'Halberstma, au dire de Mijnlieff[3], aurait faite le premier, pour un cas de prolapsus, comme nous venons de le dire. La malade opérée par M. Assaky était atteinte aussi de prolapsus; mais, pour celle de M. Roux, nous ignorons pour quelle affection il tenta l'hystéropexie extra-péritonéale. D'ailleurs, comme Sims, ce dernier n'a pas exécuté complètement l'opération commencée; ou plutôt il la termina en faisant l'hystéropexie intra-péritonéale, pour des motifs sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure en critiquant ce procédé.

Jusqu'ici, on le voit, l'hystéropexie extra-péritonéale — (à part peut-être le cas de M. Roux, qui nous paraît pourtant se rapporter à un prolapsus) — n'avait jamais été réellement employée contre les rétrodéviations utérines.

Mais récemment Kelly[4], l'ancien gynécologue de Philadelphie, a pensé qu'on pouvait très bien utiliser cette opération en dehors des cas de prolapsus et l'a exécutée trois fois pour remédier à des rétrodéviations, employant à peu près le manuel opératoire qu'avait tenté M. Sims. Et c'est précisément cette initiative de Kelly, bientôt suivi par Crespi, qui nous a obligé à étudier dans ce travail l'hystéropexie extra-péritonéale !

Pourtant Kelly n'avait pas voulu marcher absolument sur les

[1] Assaky.— Communication à la *Société de Chirurgie*, séance du 20 novembre 1889 (*Ventrofixation pour prolapsus utérin*); in *Bull. et M. de Soc. de Ch.*, p. 729, 1889. Analysé in *Progrès médical*, n° 47, p. 500, 23 novembre 1889. — Voyez aussi Assaky et Kiriac. *Despre Hysteropexia in Prolapsus utérin;* in *Cliniea*, n° 1,15 janvier 1890, p. 1. (L'observation d'Assaky y est publiée avec détails.)

[2] Roux. — *Hystéropexie extra-péritonéale.* Communication à la *Société de Chirurgie*, séance du 4 décembre 1889; in *Bull. et M. de la Soc. de Ch.*, p. 753, 1889. Analysé in *Progrès médieal*, n° 49, 7 décembre 1889, p. 536 et in *Sem. Med.* (C. R. inexact.)

[3] L'article de M. Mijnlieff a été analysé in *Centr. für Gyn.*, n° 47, 21 novembre 1885, p. 744, sous le titre : *Zur operativen Behandlung von Prolapsus Uteri*, par M. Mijnlieff lui-même. Déjà cité in thèse de Reich (*Loc. cit.*).

[4] Kelly. — Communication au *Congrès des Gynécologistes américains* à Boston, en septembre 1889, à la suite de celle de Polk ; in *C. R. officiel* avec figures et in *The American Journal of Obstetrics*, octobre 1889 (Fig.).

traces de Caneva. Il avait pensé que si l'on devait reculer devant l'incision du péritoine, on pouvait bien se dispenser aussi d'inciser la peau et les muscles de la paroi abdominale, ne serait-ce que pour n'avoir point de cicatrice abdominale ! Il fallait se borner dès lors à se munir d'une aiguille spéciale, au lieu de la canule de Sims, pour pouvoir faire l'hystéropexie extra-péritonéale.

De plus, il y a quelques mois, Kaltenbach (de Halle), qui était d'abord absolument opposé à l'hystéropexie quelle qu'elle fût, est venu défendre à son tour, au *Congrès des Naturalistes et des Médecins allemands* à Heidelberg (septembre 1889), à la section de gynécologie [1], l'hystéropexie extra-péritonéale dans les rétrodéviations utérines. Il la considère comme infiniment moins dangereuse que la ventrofixation ordinaire. A cette occasion il a rappelé une observation qu'on trouvera plus loin et qui montre que ce chirurgien a un peu modifié le manuel opératoire, proposé par Caneva et utilisé déjà par Assaky [2], après Halberstema, dans des cas de prolapsus.

D'autre part, tout récemment, un chirurgien italien[3], Crespi, a mis à exécution un procédé très voisin de celui décrit par Caneva. Comme il l'a employé pour remédier à des rétrodéviations, nous publions plus loin le résumé de ses quatre interventions. Son travail est un des plus complets parmi tous ceux qui ont trait à l'hystéropexie extra-péritonéale.

Enfin, dans une thèse récente, soutenue à Bordeaux,

[1] Kaltenbach (Halle). — *Vorstellung eines Falles von Ventrofixatio Uteri.* Communication au *Congrès des Médecins et Naturalistes allemands* (section de gynécologie), à Heidelberg, en septembre 1889 ; analysée in *Centralblatt für Chirurgie*, n° 1, le 4 janvier 1890, p. 7, et ailleurs, (*Berl. Kl. Woch.*, 28 octobre 1889, p. 945).

[2] M. le Pr Assaky nous a envoyé, il y a quelques jours, trois autres observations d'hystéropexie extra-péritonéale. Nous les publions plus loin, quoiqu'elles se rapportent à un *prolapsus*, car elles sont inédites.

[3] Crespi. — *L'Isteropessia extra-peritoneale nella cura degli spostamenti posteriori dell' utero ;* in *Gazetta degli Hospitali*, nos, 20, 21 et 22, 9, 12 et 16 mars 1890, p. 154, 162 et 170. — An. in *Médecine moderne*. 10 avril 1890, n° 16, p. 320.

M. Vaton [1] a proposé un autre mode d'hystéropexie extra-péritonéale sus-pubienne ; mais jusqu'à présent il ne l'a essayé que sur le cadavre. Quoique l'auteur ait en vue, d'une façon toute spéciale, le prolapsus de l'utérus, nous croyons devoir citer ici son procédé pour le comparer à celui de Kelly et à celui de Caneva, plus ou moins modifié par Crespi, Kaltenbach et Assaky. En réalité, ce n'est qu'une légère modification de la manière de faire du chirurgien italien[2].

En résumé, nous voilà désormais à la tête de deux grandes variantes pour la technique opératoire de l'hystéropexie sus-pubienne typique et obligé de décrire à part :

1° Le *Procédé de Caneva-Crespi* (Hystéropexie extra-péritonéale avec *incision de la partie musculo-cutanée de la paroi abdominale*). Avec les *Modifications de Kaltenbach et celles de Vaton et Assaky*.

2° Le *Procédé de Sims-Kelly* (Hystéropexie extra-péritonéale *sans incision préalable de la paroi abdominale*).

B. — MANUEL OPÉRATOIRE

Nous résumerons brièvement ces deux manières de faire, en apparence fort simples, mais en réalité assez difficiles à exécuter.

1° Procédé de Caneva-Crespi.

(*Incision préalable de la partie musculo-cutanée de la paroi abdominale.*)

Notre ancien collègue de l'hôpital Bichat, M. Dumoret, a le premier dans sa thèse [3] reproduit avec détails le procédé de Caneva. Nous empruntons à ce travail, où est publié la tra-

[1] Vaton.— *Etude comparative des différents traitements du prolapsus utérin.* Thèse de Bordeaux, 1er trimestre 1890, O. Doin, Paris. — An. in *Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*, 7 juin 1890, n° 22, p. 276.

[2] M. le professeur Mangiagalli (de Milan) aurait fait récemment trois hystéropexies extrapéritonéales, pour prolapsus par le procédé de Caneva (Audry, mémoire sous presse).

[3] Dumoret. — *Loc. cit.*

duction d'une partie de l'article du journal italien, les éléments de notre description, en y ajoutant certaines remarques de Crespi, qui a perfectionné le manuel opératoire sans en altérer les grandes lignes.

Crespi, qui a appliqué le procédé de Caneva type aux rétrodéviations, divise en effet le manuel opératoire en deux temps. 1° Premier temps : *mobilisation de l'utérus* par la méthode de Schultze, quand l'organe n'est pas mobile. 2° Deuxième temps : *fixation de l'utérus*. — Nous n'insistons pas sur le premier temps qui n'a rien de spécial [1] et doit être fait dans les jours qui précèdent la fixation proprement dite. Celle-ci se pratique de la façon suivante.

Toutes les précautions antiseptiques étant prises, la malade est couchée sur le lit d'opérations gynécologiques et anesthésiée.

a). La vessie vidée, le chirurgien introduit ou fait introduire une sonde dans la cavité de l'utérus, sonde qu'il confie à un aide. Ce dernier a pour mission, en relevant le bec de l'instrument, de soulever ou de redresser l'utérus, suivant la lésion (prolapsus ou rétrodéviation), de le *refouler en avant et en haut*, de façon à venir l'appliquer contre la paroi antérieure de l'abdomen. Dans les cas de rétrodéviations tant soit peu adhérentes, nous ne voyons pas très bien, quoi qu'en dise Crespi, comment on peut amener ainsi l'utérus à la rencontre de la paroi abdominale, car la mobilisation complète de l'utérus est souvent difficile. Il est vrai que, très probablement, jusqu'ici personne n'a employé ce procédé de Caneva pour corriger des déplacements *très graves* de l'utérus en arrière et surtout des rétroflexions. Mais puisque Crespi et Kelly en ont opéré d'une façon analogue, il faut bien admettre que la chose est possible ou qu'elle l'est au moins dans certains cas donnés de rétrodéviations.

b). L'utérus ainsi préparé, l'opérateur, tendant au devant

[1] Crespi insiste sur les avantages des irrigations vaginales avec de l'eau à 39°, du redresseur utérin (sonde), sur l'emploi *du décubitus genu-cubital*, des tampons glycérinés, etc. Il prétend rendre ainsi complètement réductible, en une ou deux séances, les déplacements les plus graves !

du fond la paroi abdominale, pratique une incision sur la ligne médiane de 5 à 10 centimètres environ, au-dessus de la symphyse pubienne. La paroi est sectionnée couche par couche, comme dans une laparotomie ordinaire; mais on s'arrête dès qu'on aperçoit le tissu propéritonéal ou mieux la face externe de la séreuse péritonéale.

Après l'avoir mise à découvert dans toute l'étendue de l'incision cutanée et terminé l'hémostase, on procède, ajoute Caneva, au *décollement du péritoine* des autres couches de la paroi. Caneva insiste beaucoup sur ce temps de l'opération, qui pour lui est le plus délicat. Il recommande d'y procéder comme il suit : A l'aide de la lame du bistouri ou plutôt des doigts, on décolle à petits coups et avec précautions la séreuse de chaque côté des bords de la plaie cutanée. Quand ce décollement est fait des deux côtés dans les conditions voulues, on a sous les yeux le péritoine dans une étendue de 4 à 5 centimètres carrés environ. Cette sorte de *fenêtre* à la paroi abdominale, encore obstruée par une membrane mince, souple et transparente, est désormais facile à traverser pour atteindre l'utérus. Celui-ci, dirigé par la sonde, doit venir buter contre la séreuse et présenter son fond recouvert du péritoine pariétal à la fenêtre abdominale. On comprend que, faite ainsi, l'hystéropexie extra-péritonéale ait pu être exécutée sans trop de difficultés. Crespi recommande d'introduire à ce moment un gros catheter métallique dans la vessie. Grâce à lui, on se rend compte de la hauteur à laquelle elle s'élève au-dessus du pubis, ce qui permettra tout à l'heure de l'éviter quand on fera la fixation.

c). L'assistant maintient l'utérus et fait tous ses efforts pour l'appliquer sur la séreuse qui le cache à l'aide de la sonde placée dans sa cavité (Caneva). Crespi recommande à l'opérateur d'accrocher, s'il le peut, le fond de l'utérus en introduisant derrière lui l'index de la main gauche et en refoulant le voile séreux. Il ne reste plus qu'à exécuter le principal temps de l'opération, la *fixation de l'utérus* à la face postérieure du péritoine décollé.

L'utérus ainsi maintenu, une aiguille courbe, longue, assez fine, pourvue d'un fil de soie ou de catgut de grosseur

moyenne, est alors enfoncée à travers la séreuse dans l'un des angles de la plaie au niveau du fond de l'organe. On la fait pénétrer à travers le péritoine pariétal dans la cavité abdominale, puis l'engage à l'aveugle au-dessous du péritoine viscéral qui tapisse le fond de l'utérus; enfin on la fait ressortir de nouveau à l'angle opposé de la plaie. Caneva dit que suivant les circonstances on pourra placer un ou plusieurs fils de la même manière. Crespi place de trois à cinq sutures fixatrices qui pénètrent dans le tissu utérin. La première placée sert à faire une légère traction sur le fond de l'utérus et facilite la mise en place des autres. S'il en emploie cinq, il en place trois en soie et deux en catgut; et, au lieu de les disposer verticalement, comme semble le dire Caneva, il les range horizontalement. Les fils de catgut, dits de renfort, traversent les bords des muscles droits. La fixation est ainsi plus solide. Les fils étant serrés et noués dans la plaie, l'utérus se trouve fixé à la paroi abdominale antérieure ; l'assistant a dû favoriser la fixation en refoulant, autant qu'il l'a pu, l'utérus.

Les points fixateurs placés, on retire la sonde de la cavité utérine et on s'assure, en laissant l'organe libre, qu'il ne retombe pas et qu'il ne tiraille pas trop le feuillet pariétal du péritoine.

Caneva recommande de replacer la sonde dans l'utérus pendant le temps nécessaire pour fermer la plaie cutanée si ce tiraillement est trop marqué et, dans ce cas, de comprendre la séreuse dans la suture de la peau. Sinon on ferme la plaie, comme d'ordinaire, et place, comme s'il s'agissait d'une plaie superficielle, les points de suture. Pansement antiseptique ordinaire. La plaie se réunit par première intention, sans drainage.

A. — *Modifications de Kaltenbach et Assaky.*

Kaltenbach a employé un mode de suture un peu différent de celui proposé par Caneva et Crespi et plus complexe. De plus, il insiste surtout sur la fixation de l'utérus *au péritoine de la symphyse pubienne* et le *capitonnage de l'utérus* à

l'aide du péritoine pariétal. — Certainement un tel mode de fixation doit être plus solide ; mais est-il bien indispensable ? En tous cas on pourra toujours faire à Kaltenbach les objections que nous formulerons bientôt contre l'hystéropexie sus-pubienne en général. Il dit qu'il n'y a pas de danger de blesser la vessie en s'y prenant ainsi ; soit, mais que fait-il de l'intestin, dont il ne se préoccupe absolument pas ?

M. Assaky a récemment proposé d'une façon toute particulière d'éviter cet écueil à l'aide d'une manœuvre spéciale : *la surélévation du bassin à 45°*. Elle consiste à soulever le pelvis de la malade jusqu'à ce que l'axe du corps forme avec le plan de la table d'opération un angle de 45°, à la manière de Veit, de Trendelenbourg et surtout de Mendez de Léon[1], comme l'a rappelé M. Pozzi à la *Société de Chirurgie*.

De cette façon, on ne courrait jamais les risques d'embrocher l'intestin. M. Assaky est très affirmatif sur ce point. Crespi a d'ailleurs imité cette manière de faire.

B. — *Modification de M. Vaton.*

Voici, d'après des recherches faites à l'amphithéâtre, comment l'auteur conseille d'opérer sur le vivant.

Manuel opératoire. — La vessie est au préalable injectée de façon à former un globe bien net. Une incision de 10 centimètres au moins, de 12 centimètres au plus, est faite sur la paroi abdominale antérieure ; elle part de la symphyse pubienne, suit la ligne blanche et pénètre jusqu'au péritoine. Ceci fait, la main gauche maintenant la masse intestinale à travers la séreuse, *on décolle le péritoine*, non de la face postérieure de la paroi abdominale comme Caneva, etc. ; mais de *la face postérieure de la vessie*, jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin, ce qui est, paraît-il, facile. Puis *on continue le décollement sur la paroi antérieure de l'utérus* jusqu'à son fond. — On vide la vessie.

[1] *Ein neues Untersuchungen-Verfahren*; in *Centralb. für Gynæk.*, 1888, n° 24.

Nous reproduisons textuellement la fin de la description de ce procédé, celle qui correspond à la pose des fils, car elle ne nous paraît pas très claire et nous préférons n'y rien changer : « L'utérus est alors saisi soit par un fil comme le fait M. Terrier, soit avec une pince de Museux, et attiré vers la partie antérieure de l'abdomen où on le maintient. Prenant ensuite un fil de catgut, on suture la partie droite de la paroi antérieure du péritoine au côté droit du fond de l'utérus. Un deuxième fil est passé du côté gauche de la même façon. Ces fils sont maintenus par des pinces. Puis un fil est passé à travers les muscles du côté gauche; il traverse l'utérus à sa partie antérieure et ressort de la même façon du côté droit. Un second fil est passé en dessous, à un centimètre du premier, de la même manière.

« On termine alors les sutures péritonéales; on noue le fil placé le dernier; puis on enlève le fil destiné à maintenir l'utérus pendant l'opération. Enfin on ferme l'incision péritonéale comme dans la laparotomie. »

Appréciation. — En somme, c'est un mode de fixation un peu plus compliqué que le précédent, servant de transition entre le Procédé Sims-Caneva et l'Hystéropexie intra-péritonéale avec fixation directe.

M. Vaton décolle le péritoine sur une bien plus vaste étendue que le chirurgien italien et d'autre part fait une fixation qui paraît plus solide [1]. Il pense qu'avec son procédé on évitera sûrement la perforation d'une anse intestinale, et que d'autre part on aura une fixation solide (il ne s'occupe que du prolapsus). Soit! Mais il oublie que ce qui est facile à exécuter sur le cadavre ne l'est pas toujours sur le vivant. Il peut parfaitement se faire que, dans beaucoup de cas de prolapsus complet, sans parler des prolapsus compliqués (salpingo-ovarites), le décollement du péritoine, de la vessie et de la face antérieure de l'utérus soit impossible, — à cause de l'importance des adhérences, — sans ouverture préalable

[1] On se rendra assez bien compte de la manière de procéder de M. Vaton en jetant un coup d'œil sur la planche qui, à la fin de sa thèse, montre la façon de placer les fils fixateurs.

de la cavité abdominale. S'il avait assisté à un certain nombre de laparotomies pour prolapsus, il serait édifié sur ce point.

Autre remarque. Le procédé de M. Vaton ne nous semble pas applicable aux cas de rétroflexions, qu'elles soient adhérentes ou même mobiles, ni aux rétroversions adhérentes, en raison de la fréquence des complications salpingo-ovariques et de la difficulté de maintenir fixé un utérus, non mobilisé au préalable, dans l'intérieur du ventre.

Nous n'insistons pas davantage, car, pour nous, l'*argument capital* est que dans ce procédé d'hystéropexie extra-péritonéale, comme dans tous les autres, *on ne voit pas ce que l'on fait.*

De tels procédés, certainement ingénieux, auraient été très bons à une certaine époque où l'ouverture de l'abdomen devait être défendue. Aujourd'hui, ils ne peuvent être que des pis-aller, à employer seulement quand il est matériellement impossible d'opérer dans des conditions d'asepsie voulue : ce qui, nous l'espérons, deviendra de plus en plus rare.

2° Procédé de Sims-Kelly.

(*Pas d'incision préalable de la paroi abdominale.*)

Quand on voit avec quel soin Caneva et ses imitateurs (Vaton en particulier) recommandent de faire le *décollement du péritoine* après incision partielle (partie musculo-cutanée) de la paroi abdominale, pour pratiquer l'hystéropexie extra-péritonéale sus-pubienne, on est assez étonné de voir tout à coup Kelly, imitant l'ancienne tentative du père de la Gynécologie moderne, affirmer que tout cela est inutile et qu'il n'y a rien de plus simple que d'aller embrocher dans le ventre, au fond du petit bassin, un utérus rétrodévié, en passant à travers la paroi abdominale, comme s'il s'agissait d'un voile transparent et mince !

La hardiesse du procédé, qui pourtant n'avait pas réussi à Sims, nous a engagé, pour bien montrer comment le gynécologiste américain a opéré dans trois cas, à reproduire

ici les dessins qui accompagnent la description, trop écourtée dans les comptes rendus du Congrès de Boston, de la manière de faire de Kelly. Nous espérons suppléer ainsi à la brièveté de la description qu'il en a donnée. (Voir *Figures* XVII et XVIII.)

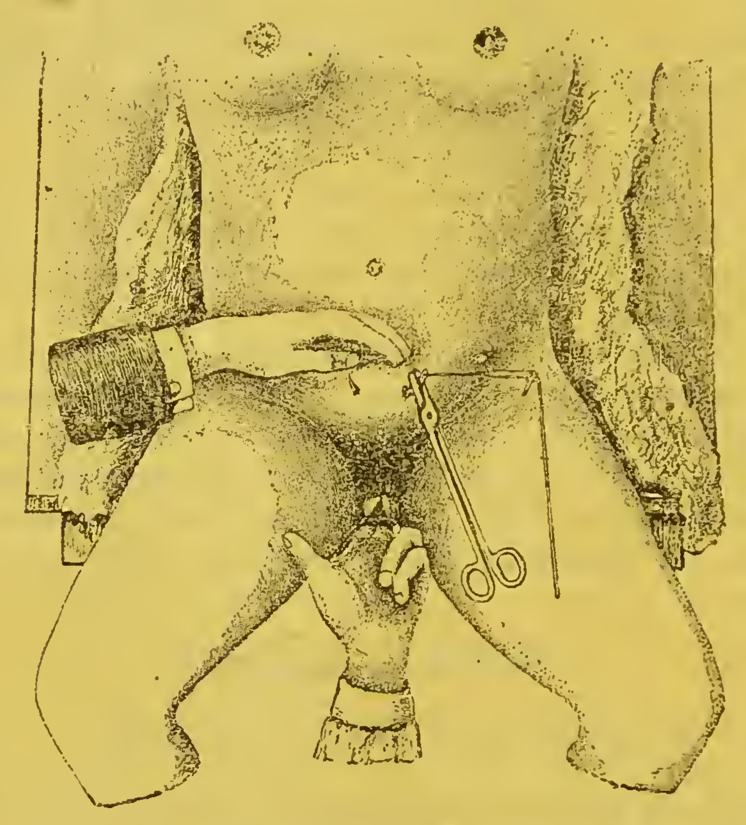


FIG. XVII. — Hystéropexie extra-péritonéale sus-pubienne.
(*Procédé de Sims-Kelly.*)
Manière de soulever l'utérus et d'enfoncer l'aiguille, sans faire d'incision à la paroi abdominale.

(Figure e[illegible] d'un travail de Kelly.)

Manuel opératoire. — « Après avoir vidé la vessie, nettoyé le vagin et l'abdomen, rasé le pubis, la malade est placée de façon à ce que le siège se trouve sur le bord d'une table basse. Les jambes sont appuyées sur les genoux de l'opérateur, qui est assis.

« a). *L'utérus est alors amené en antéflexion* très marquée et sa face antérieure appliquée contre la paroi anté-

rieure de l'abdomen, juste au-dessus du pubis, au moyen de deux doigts introduits dans le vagin et pressant violemment sur le col. De cette façon l'utérus est redressé et soulevé et son fond vient faire saillie, recouvert de la peau et des tissus sous-jacents au-dessus de la symphyse du pubis.

« b). L'opérateur, *pour fixer la matrice*, prend alors une aiguille solide et courbe, enfilée, et, en un tour de main, l'enfonce à travers la peau et les tissus sous-jacents, puis le corps de l'utérus, pour la faire ressortir de l'autre côté, le tout sans faire aucune incision. L'aiguille doit être dirigée de façon à passer profondément au milieu du tissu musculaire utérin. Un fil de soie, de catgut ou d'argent peut être employé. Le fil, ainsi passé dans l'utérus, est ensuite noué directement sur l'abdomen, après qu'on a exercé une forte traction sur l'organe à redresser. Une ou deux autres sutures

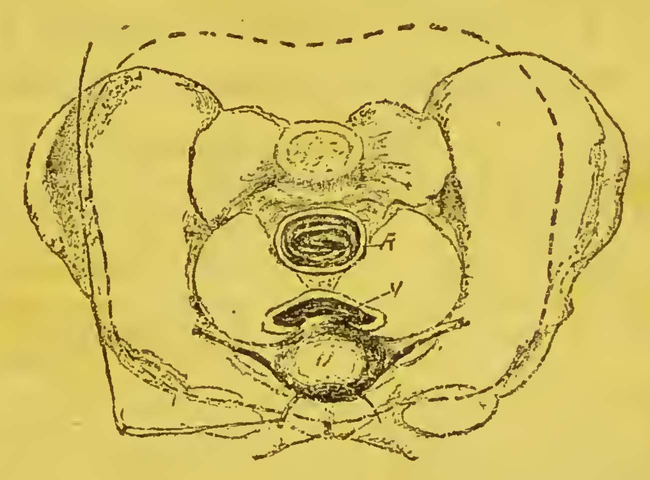


Fig. XVIII. — Hystéropexie extra-péritonéale sus-pubienne.

(*Procédé de Sims-Kelly*.)

Place occupée par l'utérus au mome[illegible]fixation : U, utérus ; — V, vagin ; — R, rectum. — Direction de l'aiguille.

(Figure extraite d'un travail de Kelly.)

sont placées de la même manière et, sur chacun des nœuds, on glisse une petite plaquette en argent pourvue de fentes, pour empêcher la peau de s'ulcérer sous la pression des fils.

« Les sutures doivent être bien surveillées et maintenues

antiseptiques. La malade garde le lit deux semaines. après l'ablation des points de suture fixateurs. »

Appréciation. — Kelly a employé trois fois ce procédé pour corriger des rétrodéviations utérines assez accentuées. Malheureusement — il n'y a rien d'étonnant à cela d'ailleurs — il a été loin de s'en bien trouver. Les trois malades qu'il a opérées ainsi nous semblent être en effet les mêmes que celles qu'il a dû à nouveau traiter par son procédé (nouveau mode) d'hystéropexie intra-péritonéale[1]. C'est là un échec qui certes est attribuable au manuel opératoire employé et que dès maintenant il faut donc absolument reléguer dans le domaine de l'histoire.

D'ailleurs comprendre ainsi la chirurgie nous a toujours paru aussi rationnel que de vouloir accrocher un pépin en enfonçant un hameçon, à travers la peau d'une orange!

2° HYSTÉROPEXIE VAGINO-PUBIENNE

(*Hystérogastrorrhaphie vaginale de Candela.*)

Ce procédé, intermédiaire[2] entre les interventions sus-pubiennes typiques, que nous venons d'étudier, et les opérations purement vaginales[3], est très voisin de celui décrit par Schücking (de Pyrmont), sous le nom de *Ligature utéro-vaginale;* et cela à un tel point que le terme employé par Candela correspond en réalité à la méthode de Schücking, dont la

[1] En effet les trois malades qui ont subi l'Hystéropexie intra-péritonéale (voir Tableau II, Kelly, Cas III, IV, V) et dont l'histoire clinique est rapportée dans l'article du *The Johns Hopkins hospital Bulletin*, p. 19, auraient d'abord été opérées d'Hystéropexie extra-péritonéale. Et même l'une d'elles (Cas IV) aurait subi deux fois de suite l'Hystéropexie extra-péritonéale ! Nous avons tout lieu de croire que ce sont celles que Kelly avait citées au Congrès de Boston. A supposer même que notre hypothèse ne fût point exacte, cela prouverait simplement que Kelly aurait fait quatre autres hystéropexies extra-péritonéales et, dans cette supposition, cette méthode aurait donné quatre échecs sur sept opérations ; ce qui suffirait à la faire rejeter.

[2] Il est surtout la transition la plus naturelle qu'il ait été possible d'imaginer entre l'*Hystéropexie extra-péritonéale* (Mode de Sims-Kelly) et l'*Opération de Schücking*.

[3] On sait qu'elles sont fort nombreuses. Nous les décrirons dans un autre travail, mais on en trouvera la liste dans le premier tableau du Chapitre I.

véritable dénomination doit être *Hystéropexie vaginale antérieure*[1].

Jusqu'ici, il n'a été mis en pratique qu'une seule fois par son inventeur, pour remédier à un prolapsus utérin. Nous n'aurions donc pas à en parler davantage, s'il ne pouvait être utilisé pour corriger une rétrodéviation, ainsi que l'a fait remarquer déjà Candela lui-même.

D'ailleurs nous ne le signalerons que très brièvement, car s'il est d'une exécution peut être moins malaisée que les autres procédés d'hystéropexie sus-pubienne, il nous semble encore plus imprudent. De plus, il peut aussi bien rentrer, comme nous l'avons fait remarquer déjà, dans la catégorie des opérations dites vaginales que dans celles dites sus-pubiennes. Candela, professeur de gynécologie à Valence, a décrit son procédé dans une communication faite, en septembre 1888, au *Congrès international des Sciences médicales de Barcelone*[2].

Il est nécessaire, pour exécuter cette opération, de se munir d'un instrument un peu spécial, une longue canule-aiguille.

[1] Schücking. 1° *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 27 1883 ;— 2° *Eine neue Methode der Radicalheilung der Retroflexio-uteri;* in *Centralblatt für Gynæcologie*, 24 mars 1888, p. 181, n° 12 ; — 3° *Zwei Fælle von totalem Prolapsus Uteri geheilt durch die Anwendung der vaginalen Uterusligatur;* in *Cent. für Gynæk.*, n° 35, 1er septembre 1888, p. 561 (articles à consulter seulement) ; — 4° *Die vaginale Ligatur der Uterus und ihrer Anwendung bei Retroflexio und Prolapsus Uteri;* in *Deut. med. Wochenschrift*, 4 octobre 1888, p. 817. (Commun. au 61e Congrès des *Naturalistes et Médecins allemands*, Cologne, septembre 1888) ; — 5° *Bemerkungen über die Methode der vaginalen Fixation bei Retroflexio und Prolapsus Uteri;* in *Centr. f. Gynæk.*, n° 8, p. 123, 22 février 1890. (An. in *Ann. de Gyn.*, mai 1890, p. 397). — Tampke (Stolzenau). *Zwei Fælle von Retroflexion Uteri, geheilt durch vaginale Fixatio nach Schücking;* in *Centr. f. Gynæk.*, n° 8, p. 126, 22 février 1890. (An. in *idem*, p. 398). — Thiem (C.). *Erfahrungen über die vaginale Ligatur nach Schücking und Vorschlæge zu einer Modifikation derselben.* Frauenarzt, Berlin, 1889, IV, p. 657-721. Communication au *Congrès des Naturalistes allemands* à Heidelberg (septembre 1889), analysée in *Centr. f. Chir.*, n° 1, 1890, 4 janvier, p. 5. Sur 42 opérations de Schücking et 14 de Thiem, on a traversé quatre fois la vessie avec le fil fixateur (Crespi).— Voir aussi : Debrunner. *Zur vaginalem und venventralem Fixation der rückwartsgebeugten Gebaermutter;* in *Corr. bl. f. Schw. Aerzte*, n° 11, 1 juin 1890, p. 337. — Hartmann (H.). *De l'Hystéropexie vaginale dans le traitement des rétrodéviations utérines;* in *Ann. de Gyn.*, 7 juin 1890, p. 453.

[2] Candela. — *Hysterogastrorrhaphia vaginal, nuevo metodo para ol*

Manuel opératoire. — Après la désinfection et la dilatation préalables de la cavité utérine, la femme étant couchée sur le dos ou bien dans la position génu-pectorale (cas où le ventre n'est pas souple), la vessie ayant été vidée et la sonde laissée dans l'urèthre, l'opérateur introduit la canule porte-aiguille dans l'utérus et de l'autre main déprime la paroi abdominale.

Après s'être assuré du contact de la paroi et du fond de l'utérus, de la situation de l'extrémité de la canule dans un des angles de la cavité utérine, on fait jouer le bouton de cette canule et l'aiguille qu'elle porte traverse alors successivement le fond de l'utérus et la paroi du ventre. Un fil est alors passé dans le chas de cette aiguille qui a traversé tout l'abdomen ; elle est ensuite retirée par un tour de main analogue. Cela fait, on place un second fil par une manœuvre identique dans l'autre angle utérin. Les orifices de sortie des deux fils doivent se trouver à 3 ou 4 centimètres l'un de l'autre.

Il s'agit maintenant de procéder à la ligature des fils. Les deux chefs qui pendent dans le vagin sont réunis par un nœud solide. Alors on tire doucement sur l'un des chefs sus-pubiens, de façon à faire remonter le nœud qu'on vient de faire par un des orifices. Un seul fil restant en place, le chirurgien rapproche l'utérus de la paroi, après avoir constaté qu'il n'y a rien entre les surfaces à suturer, et noue les deux extrémités du fil en les assujettissant sur une petite plaquette en ivoire, pourvue d'échancrures.

Pour favoriser la production des adhérences, l'auteur va jusqu'à verser un peu de teinture d'iode par les orifices des fils fixateurs, ce qui nous paraît au moins superflu ! — Tamponnement vaginal pour soutenir l'utérus et pansement antiseptique.

On doit enlever le fil fixateur du huitième au dixième jour.

tratamento de los prolapos y retroversiones de l'utero ; in *Progresso Ginec.*, Valence, 1888, *iii*, p. 321-337. — Voyez aussi un article important sur le même sujet in *La Chronica medica*, Valence et Paris, n° 278 et 279, 5 et 20 avril 1889, p. 423 et 455. Analysé in *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynéc.*, n° 6, 25 juin 1889, p. 217, et Dumoret (*Loc. cit.*), p. 83.

Appréciation. — Tel est le procédé que les chirurgiens espagnols trouvèrent les uns excellent, les autres acceptable, les autres ingénieux, lors de la discussion qui suivit, au *Congrès de Barcelone*, la communication de Candela. Par contre, MM. Rull, Fargas et Cardenal y firent une série d'objections que nous allons retrouver tout à l'heure, car la plupart s'appliquent aussi bien aux autres procédés d'hystéropexie extra-péritonéale, d'hystéropexie à l'aveuglette, d'*Hystéropexie médicale*, dirions-nous volontiers, nous souvenant que la ponction de l'abdomen par le vagin comme par la paroi abdominale, est bien réellement du domaine de la médecine courante !

3° CRITIQUE DE L'HYSTÉROPEXIE EXTRA-PÉRITONÉALE

On avait déjà accumulé contre cette façon de procéder à la fixation de l'utérus toute une série de critiques, avant même que l'opération n'eût été pratiquée un nombre de fois respectable. On devrait donc l'abandonner franchement.

D'ordinaire, la théorie n'est pas, pour nous, une raison suffisante pour condamner tel ou tel procédé — en chirurgie, en effet, le raisonnement peut sembler avoir tort, simplement parce qu'il est basé sur des notions incomplètes ou inexactes ; — mais, dans ce cas particulier, bien avant la sanction des faits, nous avions notre conviction faite, avec motifs à l'appui, sur la valeur de ce mode opératoire et son infériorité vis-à-vis de l'hystéropexie intra-péritonéale. D'ailleurs, l'expérience a été plusieurs fois tentée. Comme elle n'est jamais à dédaigner, nous relaterons, avec prédilection (on le comprend sans peine), celles qui viennent corroborer notre opinion ; mais nous citerons aussi celles qui montrent que l'hystéropexie extra-péritonéale est chose parfaitement exécutable, au moins dans certaines conditions, et qu'elle peut être suivie parfois de bons effets thérapeutiques.

a.) **Résultats thérapeutiques** — Halberstema et Assaky ont réussi, en effet, plusieurs hystéropexies sus-pubiennes

[1] Et récemment Mangiagalli, de Milan (Audry.)

pour prolapsus. Kaltenbach a été aussi heureux dans une intervention analogue pour rétro-déviation utérine. Candela a eu un succès dans un cas d'hystéropexie vagino-pubienne pour prolapsus; d'un autre côté, si Kelly a opéré par une hystéropexie sus-pubienne par trop simplifiée et n'a pas guéri trois rétrodéviations de l'utérus qu'il opéra, Crespi, tout récemment, a eu quatre bons résultats, constatés plusieurs mois après l'opération (un an dans un cas, et neuf mois dans un autre), après quatre interventions mieux exécutées pour la même affection. Ce sont là des succès qu'on ne peut méconnaitre.

Mais ce qui prouve déjà que cette méthode ne peut supporter la comparaison avec les autres opérations sus-pubiennes, c'est le peu d'empressement que les chirurgiens mettent à l'employer, alors qu'elle paraît d'une exécution moins dangereuse que l'hystéropexie intra-péritonéale; c'est la confiance limitée qu'ils semblent avoir dans les résultats ultérieurs d'une telle intervention, malgré les succès obtenus par certain procédé et l'âge déjà assez avancé de la méthode ; c'est leur prédilection marquée pour l'hystéropexie intra-péritonéale.

b.) Objections diverses. — Il n'y a pas à le nier, car c'est l'évidence même, cette manière de faire est un peu aventureuse, puisqu'on prétend travailler dans l'intérieur de la cavité abdominale, en manœuvrant à l'extérieur de cette cavité restée close, sans savoir ce que l'on y fait, au milieu d'organes importants qu'il ne faut pas léser. D'autre part, de cette façon, on ne remédie qu'à une lésion donnée, alors que fort souvent d'autres, restant inconnues et impossibles à soupçonner, existent réellement. Or, on combattrait très facilement ces lésions si l'on faisait au préalable la laparotomie ! — Enfin il nous semble que les cas de rétrodéviations utérines qui ont résisté à l'Alquié-Alexander ne sont absolument pas susceptibles d'être traitées ainsi. Alors, que conclure, puisque c'est précisément dans ces cas que la plupart des chirurgiens songent aujourd'hui à l'Hystéropexie?

Revenons un peu sur ces différentes critiques, en appuyant

notre démonstration, quand cela sera possible, par des faits cliniques recueillis avec soin.

1° *Possibilité de léser la vessie.* — Kaltenbach lui-même a fait remarquer, quoiqu'il soit partisan de cette variété d'hystéropexie, que l'on pouvait, au cours de l'opération, *léser la vessie ;* aussi a-t-il pris soin d'indiquer comment on évitera cet organe. Mais, à notre avis, et Crespi pense de même, ce n'est pas là un bien grand danger si toutefois on n'oublie pas, au préalable, de vider complètement le réservoir vésical.

Celui-ci, logé profondément derrière le pubis, ne sera dès lors atteint ou transpercé que par une faute opératoire. La lésion ne peut avoir lieu si l'on prend soin d'explorer avec le doigt (à travers le mince feuillet péritonéal) la face antérieure de l'utérus ; la présence du réservoir urinaire est indiquée par la différence de niveau et de consistance, par le sillon qui limite la paroi lisse et unie de l'utérus. Dans les cas difficiles, une sonde introduite dans la vessie lèverait tous les doutes (Assaky).

Dans des cas spéciaux (vessies dilatées et remontant jusqu'à l'ombilic), le réservoir urinaire pourrait être blessé et compris dans le suture ; mais ces faits-là sont très rarement observés. « Si, dit Crespi, la vessie peut être allongée lors de rétrodéviation utérine, elle ne peut l'être que par son fond ; » et jamais, à moins de conditions toutes particulières, son sommet ne dépasse le pubis, si l'on prend soin de la vider. Qui empêcherait, d'ailleurs, de se rendre compte de ses limites avant l'opération ?

2° *Possibilité de comprendre l'épiploon dans la fixation.* — On a objecté encore que l'*interposition de l'épiploon entre l'utérus et la paroi abdominale* était possible. MM. Crespi et Assaky ont essayé de réfuter l'argument, l'un en disant que, lorsqu'on remontait l'utérus, l'épiploon tendait à se porter en haut ; l'autre, en affirmant qu'en opérant dans une certaine position, il n'y avait pas de danger de transpercer l'épiplon. Cet argument n'a en réalité aucune importance ; si l'on fixait l'épiploon, cela n'aurait probablement pas de conséquence grave.

Cependant, sans parler de la façon défectueuse[1] dont doivent être placées, dans de telles conditions, les sutures fixatrices, la preuve la plus manifeste qu'il s'agit là de procédés hasardés, c'est la narration même de l'opération tentée par M. Roux, (de Lausanne) ; ce sont les réflexions que M. Assaky a consignées dans la communication qui a été faite en son nom à la *Société de Chirurgie*, et qui se rapporte à la première hystéropexie extra-péritonéale sus-pubienne qu'il ait exécutée.

3° *Possibilité d'une lésion de l'intestin.* — M. Roux, ayant un jour l'occasion de faire cette opération chez une femme dont les parois abdominales étaient pourtant *maigres et flasques*, après s'être assuré par un palper attentif qu'entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure il n'y avait pas d'anse intestinale, commença à inciser, à la manière de Caneva et d'Halberstma, la peau du ventre. Mais, au moment de placer les sutures, craignant d'embrocher quelques organes avec son aiguille, il se décida pour l'hystéropexie intra-péritonéale. Et quel ne fut pas son étonnement, en ouvrant le ventre, de trouver au-devant de l'utérus une anse de l'intestin grêle adhérente[2] ! Il est certain, ajoute M. Roux, qu'il l'aurait perforée lorsqu'il aurait placé un point de suture, s'il n'avait pas sectionné la séreuse et s'il avait enfoncé son aiguille à l'aveugle dans l'utérus. D'autre part, au dire de M. Audry[3], dans un cas d'hystéropexie intra-péritonéale pour prolapsus, M. E. Blanc (de Saint-Etienne) aurait trouvé une anse intestinale *adhérente* sur la face antérieure de l'utérus. Si dans ce cas on eût fait l'opération de Caneva, on eût certainement aussi embroché l'intestin !

Quant à M. Assaky, il avoue qu'au cours d'une opération qu'il a réussie d'ailleurs, il fut à plusieurs reprises très gêné par une anse intestinale qui vint se placer au devant de l'utérus au moment où il enfonçait son aiguille. Il ne sortit de l'impasse qu'en surélevant le bassin.

[1] Même avec le procédé de M. Vaton.

[2] « J'ai été corrigé une fois pour toutes, ajoute M. Roux ; car, si dans ce cas je me suis trompé (parois *flasques*), qu'aurait-ce été chez une femme grasse ! »

[3] Mémoire sous presse.

M. Fargas, discutant le procédé de Candela, a fait théoriquement et avec raison, des remarques analogues[1].

Aussi, quoi qu'en pense M. Assaky, puisque la surélévation du bassin ne servira jamais à rien dans les cas analogues à ceux de M. Blanc, nous tenons cet argument comme capital et suffisant déjà pour faire rejeter, comme procédé de choix, l'Hystéropexie extra-péritonéale. M. Vaton ne manquera pas de nous objecter qu'avec la modification qu'il a proposée, le danger serait conjuré, puisqu'il décollerait l'intestin de l'utérus en même temps qu'il décortiquerait l'utérus de son péritoine en avant; mais nous avouons que jamais nous nous résoudrons à prendre un chemin aussi détourné quand il y en a un bien plus simple qui, nous le répétons, n'est pas plus périlleux.

4° *Impossibilité de constater l'état des annexes.* — Il nous semble donc inutile d'insister encore sur le grand avantage qu'on a à ouvrir la cavité péritonéale pour éviter cet accident réellement possible et surtout pour se rendre compte des lésions des annexes qui accompagnent si souvent les rétro-déviations utérines (ovarites, salpingites, etc. [2]). Ce seul fait limite absolument le domaine de ces opérations qui ne pourraient s'adresser, à la rigueur, qu'aux cas très rares de Rétroversions graves, bien mobiles, sans lésions des annexes, et sans adhérences de l'intestin à l'utérus. Or l'Alquié-Alexander suffit peut-être dans ce cas.

5° *Difficulté de la mobilisation préalable de l'utérus adhérent.* — Nous répétons qu'il ne peut être question que de déviations *mobiles ;* mais il nous semble indispensable de

[1] Dans le cas de Cystopexie sus-pubienne intra-péritonéale, dû à M. Dumoret (voir Terrier: Rapport à la *Soc. de Chir.* le 18 juin 1890 ; an. in *Progr. Méd.*, n° 25, 21 juin 1890, p. 507), on voit de même qu'une anse intestinale, probablement le cæcum, adhérait à la face postérieure de la vessie et encadrait le réservoir urinaire. Si, chez cette femme, qui avait encore un peu de prolapsus utérin mal guéri par une amputation du col, on avait fait l'Hystéropexie extra-péritonéale, on aurait surement perforé le gros intestin !

[2] M. Assaky est d'avis, d'ailleurs, que l'hystéropexie extra-péritonéale est contre-indiquée dans les cas de prolapsus compliqués de lésions des annexes; mais il l'adopte pour les cas de prolapsus simple (Comm. écrite) : malheureusement les prolapsus simples sont bien plus rares que les autres, dès qu'il s'agit de cas anciens (Terrier).

revenir sur ce point que nous venons de signaler. Comment, en effet, étant donnée une rétrodéviation adhérente et fortement fixée dans le cul-de-sac de Douglas (une rétroflexion à angle très aigu, par exemple), peut-on faire l'hystéropexie extra-péritonéale et surtout l'hystéropexie vagino-pubienne ?

Il faut d'abord, ce nous semble, comme Crespi le recommande, mobiliser l'utérus pour le redresser ensuite et l'amener au contact de la paroi abdominale. Or ce n'est pas chose facile que de mobiliser ainsi certains utérus. Crespi exagère certainement quand il se fait fort de mobiliser suffisamment tout utérus adhérent, même après des manœuvres prolongées, lesquelles, d'ailleurs, ne sont pas dépourvues de dangers. Qu'on se rappelle qu'une fois Polk fut obligé, pour exécuter un Alquié-Alexander, d'ouvrir le ventre (ce qui a paru à beaucoup excessif), dans le but de libérer au préalable un utérus, encastré dans une masse de fausses membranes !

D'autre part, si vous arrivez à mobiliser l'utérus, puisque vous ne voulez pas ouvrir le ventre, eh bien! pourquoi ne vous borneriez-vous pas à tenter un Alquié Alexander? Vous auriez au moins la chance de ne pas embrocher d'anse intestinale ?

6° *Epaisseur de la paroi abdominale.* — En outre des adhérences très solides d'un utérus qui se soulève et se redresse mal, supposez que la malade soit pourvue d'un certain embonpoint et présente une paroi abdominale assez épaisse, comme cela s'observe souvent ; que ferez-vous ?

C'est à se demander à quelle variété de rétrodéviations et à quels abdomens Sims et Kelly avaient eu affaire pour tenter au moins cinq fois, à eux deux, l'hystéropexie extra-péritonéale sans inciser la paroi abdominale ; ce qui ne leur a pas réussi d'ailleurs ! Il est des cas où ce procédé nous paraît même impossible à exécuter sans danger.

L'opération de Caneva ou de M. Vaton ne nous semble pas plus facile, si l'utérus n'est pas très bien mobilisé auparavant ; et l'on sait ce que signifie cette mobilisation préalable de l'utérus. M. Assaky, à l'encontre de Crespi, etc., a

donc bien raison de dire[1] que l'hystéropexie extra-péritonéale, qu'il défend dans les cas de prolapsus simple, est contre-indiquée dans les *rétroflexions utérines*. Nous disons plus : elle n'est acceptable que pour la *rétroversion mobile* et dans ce cas, nous le répétons, beaucoup lui préfèreront de longtemps l'Alexander.

7° *Possibilité d'une éventration*. — Qu'on ne vienne pas arguer que l'hystéropexie extra-péritonéale, sous prétexte qu'on ne sectionne pas le péritoine, ne donnera jamais lieu à des *éventrations*, ce qui pourrait à la rigueur se voir — mais ce qui ne se voit pas[2] — à la suite de l'hystéropexie intra-péritonéale. On n'en a pas le droit : d'une part parce que jusqu'à présent personne ne sait si l'éventration dépend de la section du péritoine plutôt que de celle de la partie musculaire, aponévrotique ou cutanée de la paroi abdominale antérieure, et que dans le seul procédé admissible d'hystéropexie extra-péritonéale il n'y a que le péritoine qu'on ne sectionne pas ; d'autre part et surtout parce que les faits manquent.

8° *Possibilité d'infection du péritoine, aussi bien que dans l'Hystéropexie intra-péritonéale*. — Nous avons encore une objection à faire ; mais elle est plus spéciale au procédé de Candela, qu'il faut d'ailleurs absolument rejeter. On sait qu'il est fort difficile d'arriver à obtenir l'asepsie absolue de la cavité utérine. Dès lors, si l'utérus n'est pas absolument antiseptisé (dans les rétrodéviations, c'est presque impossible à obtenir à cause de la métrite plus ou moins intense concomitante), l'aiguille qui traverse la cavité abdominale peut entraîner avec elle des germes septiques, condition très suffisante pour déterminer des accidents. Il serait préférable, au moins à ce point de vue là, si la chose était anatomiquement possible, d'exécuter l'opération de Candela en sens inverse, c'est-à-dire de faire une hystéropexie sus-pubio-vaginale (au lieu de vagino-pubienne), pour ne franchir les parties septiques qu'après avoir passé l'endroit inoculable.

En réalité, les diverses variétés d'hystéropexie, qu'avec

[1] Communication écrite.
[2] Voir plus haut chap. III (*Fermeture de l'abdomen*).

tout le monde nous venons de considérer comme extra-péritonéale, pour ne pas rompre avec les descriptions récentes, ne le sont pas du tout! Qu'on ouvre le péritoine avec un bistouri, dans une étendue de 3 à 5 centimètres, ou qu'on le perfore avec une aiguille, en y faisant une perforation de 2 millimètres de diamètre, cela revient au même, au point de vue pratique du moins, c'est-à-dire des dangers de l'infection de la séreuse par un instrument malpropre ou les mains de l'opérateur! Or il est aussi facile d'aseptiser un bistouri qu'une aiguille courbe. Le péritoine est mis en communication avec l'extérieur dans l'un quelconque des procédés d'hystéropexie extra-péritonéale; dès lors pourquoi les préférer à l'hystéropexie intra-péritonéale qui, si elle présente le même inconvénient, la possibilité d'une infection quand le chirurgien ou ses instruments sont septiques, a du moins à son actif de très sérieux avantages.

C'est avec cet argument, très topique à notre avis, puisqu'il est le rempart des opérateurs extra-péritonéaux, que nous voudrions clore cette longue discussion. Mais on nous objectera sans cesse qu'il n'y a pas de comparaison à établir entre une piqûre d'aiguille et une opération faite au bistouri! Si donc vous avez si peur du péritoine, soyez logiques jusqu'au bout et n'y enfoncez rien du tout. Le vrai danger réside seul dans la propreté des doigts du chirurgien et de ses aides. Dès lors, puisque l'opérateur extra-péritonéal doit stériliser ses aiguilles, il nous semble qu'il pourrait bien s'astreindre à en faire autant pour le reste de son matériel!

C). **Conclusions** — Comme l'a dit M. Terrier, l'Hystéropexie extra-peritonéale, qui est aussi une hystéropexie abdominale antérieure, était une idée bonne, défendable autrefois. Il suffisait d'avoir la foi dans l'innocuité de l'ouverture péritonéale pour la transformer en un excellent procédé de fixation de l'utérus. *Elle doit disparaître aujourd'hui*, puisqu'elle est basée uniquement sur la peur de la laparotomie (si justifiée jadis), tout au moins comme procédé de traitement radical des rétrodéviations utérines graves. Il n'en est pas moins étonnant de constater qu'on essaiera encore long-

temps de perfectionner ces procédés indirects (Hystéropexie extra-péritonéale, Hystéropexies vaginales, Opération d'Alexander, etc.), plutôt que de chercher à améliorer ceux qui paraissent les plus logiques. On paraît tenir absolument à laisser sur la paroi abdominale l'écriteau qui porte : « Défense d'entrer », au détriment de la santé des malades et en dépit des progrès de la chirurgie moderne.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE L'HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE

Sommaire. — Indications et contre-indications de l'Hystéropexie intra-péritonéale.

1° *Indications* : *a.* L'hystéropexie ne serait jamais indiquée. — *b.* L'hystéropexie complémentaire seule est admissible. — *c.* L'hystéropexie de parti-pris est une bonne opération. Elle n'est applicable qu'aux rétrodéviations *graves* : *a.* Pour les rétrodéviations *adhérentes*, pas de discussion ; *b.* L'est-elle aussi pour les rétrodéviations *mobiles* et douloureuses ? Opinions diverses. Point en discussion. Pour nous : 1° l'hystéropexie n'est que l'*ultima ratio* dans les Rétroversions mobiles graves; 2° mais elle est l'opération de choix pour les Rétroversions *adhérentes* et les Rétroflexions douloureuses et graves. — *d.* L'hystéropexie seule est-elle suffisante pour guérir les rétrodéviations utérines ? — *e.* L'hystéropexie, en outre du prolapsus et des rétrodéviations utérines, est indiquée dans certains cas d'*inversion de l'utérus* et de *prolapsus des ovaires*.

2° *Contre-indications.* — 1° Grossesse. *a.* Grossesse chez les Hystéropexiées : considérations théoriques ; faits observés; discussion. *b.* De l'Hystéropexie chez les femmes enceintes (Rétrodéviations de l'utérus *gravide*). — 2° Degré et complications des rétrodéviations.

I. — INDICATIONS DE L'HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE

L'hystéropexie pour rétrodéviations utérines date d'hier et l'on a écrit déjà qu'elle doit être bien rarement indiquée. Comme un jugement, sans preuves suffisantes, est vite porté !

En tous cas, aujourd'hui, les avis sur ce point sont fort partagés. On en trouvera la preuve dans ce chapitre.

A. — L'Hystéropexie ne serait jamais indiquée.

Tout d'abord, il y a des chirurgiens qui, pour tout simplifier, y compris la chirurgie, affirment d'emblée que l'hystéropexie est une détestable opération. Ceux-là certes ne l'ont pas faite, ignorent les résultats qu'elle a déjà fournis, ne connaissent pas sa bénignité, et en sont toujours à leur effroi classique en face d'un péritoine à ouvrir.

Rien n'est plus difficile que de se faire entendre de ceux qui constamment se bouchent les oreilles; il ne faut donc pas, par des arguments quelconques, essayer de convaincre ces détracteurs quand même de l'hystéropexie. Il faut les laisser se perdre au milieu des innombrables procédés recommandés jusqu'à ces temps derniers pour la cure des rétrodéviations utérines.

B. — L'Hystéropexie Complémentaire seule est admissible.

Parmi les chirurgiens qui veulent bien admettre l'hystéropexie comme une opération sérieuse et recommandable, les uns reconnaissent l'utilité de l'hystéropexie de parti pris; les autres pensent que ce mode d'intervention ne doit pas être proposé d'emblée pour traiter un déplacement utérin. Pour ceux-là, une telle affection ne vaut pas les risques que fait courir une telle opération. Par contre s'il y a, en même temps, ovarite, salpingite, tumeurs de l'ovaire ou de l'utérus, etc., et que ces lésions obligent à faire une laparotomie, rien de mieux, certes, que de compléter l'acte opératoire par une *Hystéropexie complémentaire!* C'était là, au moins jadis, l'avis de G. Wylie et de bien d'autres, qui pourtant n'avaient fait que bien rarement l'hystéropexie simple ou complexe.

1° *Rétrodéviations symptomatiques ou concomitantes de lésions abdominales.* — La plupart des opérateurs, habitués à la chirurgie abdominale, ne discutent plus aujourd'hui la valeur de l'hystéropexie complémentaire dans les rétrodéviations symptomatiques ou concomitantes d'autres lésions

intra-abdominales graves. Aussi n'insisterons-nous pas davantage. D'ailleurs la suite de cette étude montrera que personne ne peut plus en nier les bienfaits pour la correction de ces rétrodéviations. Il suffit de consulter le Tableau I, où sont consignées toutes les opérations de ce genre (157) que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale. Etant donnés les résultats connus des cas publiés, on doit considérer aujourd'hui cette opération comme une conquête définitivement réalisée.

La fixation n'a aucun inconvénient; il faudra donc la faire chaque fois qu'au cours d'une laparotomie elle paraîtra indiquée pour maintenir en bonne place l'utérus. Elle n'aggrave absolument *en rien* le pronostic opératoire; c'est comme si l'on liait deux ou trois vaisseaux de plus. Or, une suture au catgut ou à la soie en plus n'a jamais constitué, que nous sachions, une aggravation d'un procédé opératoire quelconque. Mais nous enfonçons une porte ouverte...

2° *Utérus en Battant de Cloche après destruction chirurgicale des Ligaments utérins.* — Ainsi donc l'hystéropexie complémentaire doit s'effectuer au cours de toute laparotomie dès que l'on voit, après l'ablation des annexes ou de toute autre tumeur, que l'utérus a une tendance manifeste à se *retroverser* ou qu'il est en *rétroflexion.* Mais il est en outre des cas où il s'agit simplement d'un utérus un peu gros, non rétrofléchi, ne semblant pas au premier abord devoir tomber de suite en rétroversion et où il est pourtant indiqué de faire l'hystéropexie.

Nous faisons allusion aux faits dans lesquels, après une extirpation extrêmement laborieuse des annexes très malades et très adhérentes ou de toute autre tumeur fortement enclavée, l'utérus se trouve libre dans le pelvis. Flottant comme un gros battant de cloche dans la cloche renversée que forme le petit bassin, mal fixé en avant par les ligaments ronds distendus, en arrière par les ligaments utéro-sacrés déchirés, et sur ses parties latérales par les ligaments larges plus ou moins détruits à la suite des manœuvres intra-pelviennes, l'utérus, si l'on n'intervient pas, une fois le ventre fermé et malgré l'usage d'un drain rétro-utérin [1], peut prendre toute

[1] Drain que Klotz croirait un étançon suffisant.

sorte de position vicieuse. Il vaut donc mieux le placer définitivement en antéversion légère et l'y fixer par un ou deux fils de soie.

De la sorte, on supplée aux ligaments naturels devenus insuffisants par des tractus utéro-pariétaux antérieurs suffisamment solides. Dans un cas de ce genre, opéré récemment, M. Terrier (Observation inédite N° V) n'a pas hésité à se conduire ainsi. C'est là, à notre avis, une nouvelle indication, très légitime, de l'Hystéropexie complémentaire, et un point sur lequel les auteurs n'avaient pas encore insisté.

Et personne ne peut nier qu'il ne vaille pas mieux, au cours d'une laparotomie, mettre une ou deux sutures de plus, qu'assujettir l'opérée, après son rétablissement, au port constant d'un pessaire (Francotte) ! Ce serait non seulement une gêne réelle, un sujet perpétuel de préoccupations, mais aussi et surtout une cause perpétuelle et non moins réelle, d'infection vaginale et utérine.

C. — L'Hystéropexie de Parti Pris est une bonne opération.

Voyons maintenant ce que pensent les chirurgiens que ne devait pas effrayer à priori l'*Hystéropexie* abdominale antérieure *de parti pris*. L'indication opératoire dans les cas de rétrodéviations utérines doit être, disent tous ceux qui admettent cette nouvelle opération, restreinte d'une façon générale, aux déplacements qui s'accompagnent de *phénomènes fort intenses :* douleurs rendant la vie insupportable, empêchant tout travail, métrorrhagies violentes et incoercibles, etc., etc., c'est-à-dire aux rétrodéviations *graves* (Kelly, etc., etc.).

1° CARACTÈRES DES RÉTRODÉVIATIONS GRAVES

Or les rétrodéviations utérines sont dites *graves*, par elles-mêmes, dans les cas suivants : A. *En raison de leur symptomatologie propre ;* — B. *En raison des lésions des annexes, qu'elles aggravent.*

A. Symptomatologie spéciale des rétrodéviations. — 1. *Dou-*

leurs intenses, spontanées ou survenant au moindre mouvement. — C'est là ce qui, dans la plupart des cas, a forcé la main des chirurgiens. Les diverses variétés de ces douleurs, qu'on observe dans la plupart des rétrodéviations, quelle que soit leur intensité, peuvent être dues : *a*) au *déplacement utérin lui-même*; *b*) aux *lésions des annexes* qui accompagnent si fréquemment ce déplacement [1].

2. *Métrorrhagies* répétées, violentes, altérant considérablement l'état général (cas nombreux [2]). — *Accidents d'occlusion intestinale* (comme dans le cas de Kœberlé) ; — *Accidents vésicaux* : *rétention d'urine* (comme Czerny l'a observé deux fois, etc.) ; *paralysie de la vessie* (Quénu, Obs. inédite) ; *fréquence des mictions* (Routier, Obs. 78, T. II, etc.) Mais ces derniers faits sont très rares; c'est à peine s'il y a deux ou trois cas d'hystéropexie spécialement dirigée contre des accidents de cette sorte. Ne pas oublier que dans les cas de Quénu, Czerny, etc., il y avait aussi des lésions des annexes.

L'hystéropexie faite dans ces conditions, pour remédier à ces symptômes, est bien *une opération de parti pris*.

[1] Ces deux sortes de *douleurs* peuvent-elles exister séparément et à la fois ? La démonstration est faite désormais d'une façon péremptoire. En effet, on a opéré déjà des malades atteintes de douleurs intenses et qui n'avaient absolument qu'une rétrodéviation pure sans lésion des annexes ni métrite (constatations très nombreuses *sur le vivant* pendant les opérations) ; ou qui avaient été antérieurement castrées (Salvjanski, Obs. N° 51 ; Lee, Cas VI, Obs. N° 37 ; Cushier, Obs. n° 53, T. II.) Or les troubles utérins (Lee, Cushier) et les *douleurs* (Salvjanski) ont disparu dans ces derniers cas, comme après les autres cas d'hystéropexies types, et n'ont pas reparu aussi longtemps, du reste, qu'on a pu suivre l'opérée. Donc la rétrodéviation seule peut être douloureuse. — D'autre part, on sait depuis longtemps que dans certains cas la castration seule chez des femmes ayant une rétrodéviation et des lésions des annexes a suffi pour faire disparaître tous les phénomènes douloureux. Enfin, on sait que la castration sans hystéropexie, de même que l'Hystéropexie sans castration, n'ont fait dans certains cas qu'atténuer les douleurs. — Voilà donc un point obscur définitivement entendu ; ce n'est pas trop tôt et c'est l'Hystéropexie qui a eu le mérite réel d'en faire la démonstration complète !

[2] On pourrait tenter de faire pour les *Métrorrhagies* une démonstration analogue à celle que nous venons d'ébaucher pour les Douleurs ; mais ce serait moins facile, car les métrorrhagies semblent être, dans la très grande majorité des cas, en rapport plutôt avec une endométrite, plus ou moins intense et plus ou moins invétérée, concomitante de la Rétrodéviation.

B. Lésions des annexes aggravées par la Rétrodéviation. — Les rétrodéviations deviennent *graves* aussi par le seul fait qu'elles se compliquent de *lésions des annexes*, qui s'accentuent de plus en plus si l'on ne redresse pas l'utérus. Mais ici les phénomènes se combinent. Ce qui domine la scène pathologique, ce sont les lésions des annexes et on devra commencer par les attaquer, à moins qu'il n'y ait une métrite concomitante, pour laquelle on devra d'abord faire le curage utérin. — Dans ces cas, l'hystéropexie ne devient qu'une *opération complémentaire*, alors même que c'est bien la rétrodéviation qui a aggravé l'altération des trompes et des ovaires.

Quant aux *Rétrodéviations non douloureuses*, qu'il nous faut simplement citer ici, elles passent souvent inaperçues et il serait bien difficile, croyons-nous, de faire accepter la moindre opération à une personne qui ne souffrirait pas ! Que son chirurgien lui répète ou non, tous les jours, qu'elle a l'utérus déplacé ; si elle n'éprouve rien, dans la plupart des cas, il en sera pour ses frais d'éloquence. En pareille occurrence, il n'y a maladie que s'il y a douleurs. Et pourtant cette Rétrodéviation, compatible avec l'état physiologique, deviendra très souvent *grave* à une époque ultérieure !

Il est donc bien entendu qu'on n'aura pas à recommander la fixation de l'utérus en avant pour un simple déplacement en arrière, alors même qu'il y aurait une très notable rétrodéviation. Il faut absolument, pour pouvoir proposer cette opération, que la rétrodéviation rende la vie insupportable par d'autres raisons. Mais, ceci admis, il y a encore des distinctions à faire.

2° L'HYSTÉROPEXIE DE PARTI PRIS N'EST APPLICABLE QU'AUX RÉTRODÉVIATIONS GRAVES

(*Causes réelles de douleurs et de troubles fonctionnels intenses.*)

Il ne faudrait pas croire, en effet, que l'hystéropexie de parti pris soit absolument nécessaire d'emblée dans tous les

cas de rétrodéviations utérines qui s'accompagnent de symptômes fonctionnels intenses.

En effet, comme l'ont déjà dit bien des auteurs, Klotz, Trélat entre autres, il y a deux sortes de faits à considérer :

1° Ceux dans lesquels la *rétrodéviation n'est qu'une affection secondaire* et dans laquelle tous *les troubles observés sont dus à d'autres lésions*, par exemple une oophoro-salpingite, une endométrite, etc., etc. La déviation est ici peu importante, sinon absolument négligeable.

2° Ceux dans lesquels la *rétrodéviation est la cause principale* des phénomènes morbides. Ce sont surtout de *Rétroflexions* qu'il s'agit dans cette catégorie.

Or les symptômes constatés peuvent: *a*) être la conséquence des lésions utérines, salpingiennes et ovariennes, *consécutives* à cette flexion; *b*) ou être *sous la dépendance exclusive* de la rétrodéviation, qui ne s'accompagne plus de lésions des annexes ou de l'endometrium.

Malheureusement, il est fort difficile de savoir le tant pour cent de ces derniers cas, et parfois bien malaisé de ranger telle ou telle malade dans la première ou la seconde de ces deux catégories ; souvent même il n'y a que le genre de traitement employé qui puisse nous permettre d'être fixé sur ce point.

a). En effet, si lors d'une rétrodéviation douloureuse, les phénomènes pathologiques disparaissent par l'antisepsie utéro-vaginale, le curetage, le repos, etc., etc., c'est-à-dire par un traitement médical ou des manœuvres opératoires n'exigeant pas le redressement de l'utérus — cela se voit assez souvent —, on a affaire sûrement à des douleurs dues à une autre affection. Il est évident que dans ces cas l'*hystéropexie serait inutile*, sinon dangereuse. La lésion causant la douleur était celle de l'utérus (métrite) ou des trompes à la rigueur (salpingite légère consécutive elle-même à la métrite (Trélat), etc.).

b). Si au contraire tout échoue, c'est que la rétrodéviation elle-même est la cause réelle des accidents. Il faut donc redresser l'utérus, employer un traitement mécanique, et tenter de parti pris une hystéropexie. De cette manière on

fera disparaître tous les troubles pour lesquels la malade réclame une intervention, à savoir ceux qui sont sous la dépendance des lésions périutérines (adhérences utéro-rectales, utéro-vésicales, utéro-intestinales) et des ovaires tiraillés, emprisonnés dans les fausses membranes ou prolabés, aussi bien que ceux qui peuvent dépendre du déplacement de l'utérus en arrière.

Il est clair, en outre, que si une rétrodéviation s'accompagne de lésions secondaires très importantes et qu'on soit obligé de faire une laparotomie pour guérir les lésions qui dominent la scène — alors qu'elles ne dépendent que du déplacement utérin, — on sera autorisé à compléter l'opération faite pour traiter ces lésions à l'aide d'une hystéropexie, puisque le seul fait de fixer l'utérus n'aggrave en rien l'acte opératoire ; mais dans ce cas ce ne sera, comme nous l'avons déjà dit, qu'une hystéropexie complémentaire.

A. — CAS OU LA RÉTRODÉVIATION EST ADHÉRENTE

Maintenant, étant donnée une rétrodéviation grave, traitée depuis longtemps par les moyens ordinaires et qui paraît être seule la cause de tous les accidents accusés par la malade, faut-il d'emblée opérer dans tous les cas? Ici les avis diffèrent encore.

Les uns ne veulent intervenir immédiatement par la voie sus-pubienne et intra-abdominale que dans les cas d'*utérus absolument fixés*, c'est-à-dire de rétrodéviations adhérentes, immobiles. Ils prétendent en effet que les rétrodéviations douloureuses, mais un peu *mobiles*, cèdent à des méthodes de traitement moins sérieuses que l'hystéropexie et qu'il n'y a là qu'une question de patience et de choix dans les moyens à employer (Alexander, etc.). Dans ces cas et dans ceux où l'utérus est modérément fixé, ils ne recourraient à l'hystéropexie qu'après avoir épuisé tous les procédés utilisables pour *mobiliser au préalable* l'utérus. Et si l'utérus, par bonheur, redevenait bien mobile, ils s'en tiendraient à l'Alquié-Alexander.

En réalité, on le voit, *ces chirurgiens n'opèreraient que les cas absolument incurables par les méthodes habituelles.* Ainsi pensent Kelly, Munde, Olshausen, et pensait Trélat lui-même.

Par contre d'autres, plus osés, n'hésitent pas à proposer l'hystéropexie dès qu'il ont diagnostiqué une *rétrodéviation grave*, qu'elle soit un peu adhérente ou très nettement fixée, qu'elle soit *mobilisable* ou *non.* A leur avis, il ne faut pas s'attarder à essayer de mobiliser complètement l'utérus, mobilisation à la possibilité de laquelle ils ne croient guère. C'est l'opinion entre autres de MM. Terrier, Routier, L. Championnière, etc. (Voir dernières discussions à la *Société de Chirurgie*, 1889 et 1890.)

Différence, au point de vue de l'indication opératoire, entre les Rétroflexions et les Rétroversions adhérentes. — C'est à dessein que dans toute cette discussion nous n'avons employé jusqu'ici que le mot *Rétrodéviation.* Peu importe, en effet, qu'il y ait Rétroflexion ou Rétroversion, *quand il y a des adhérences*, d'autant plus que souvent ces deux sortes de déplacements sont combinés (Rétroversio-flexions), quand il n'y a pas en même temps un certain degré de Prolapsus.

Et, au point de vue du manuel opératoire, de même qu'au point de vue de l'indication opératoire, *il faut redresser avant tout un utérus adhérent et déplacé.* Il n'y a pas lieu de modifier les procédés suivant qu'il s'agit de Rétroflexion ou de rétroversion. Peut-être, dans le premier cas, devrait-on employer un plus grand nombre de fils fixateurs? Mais ceci est d'importance très minime.

Un tableau, qu'on trouvera plus loin, montre d'ailleurs qu'on a assez rarement à intervenir d'emblée pour une Rétroversion pure. Nous ne connaissons en effet que *six* hystéropexies types pour rétroversions pures[1] ; et toutes étaient adhérentes. Cela n'est pas à comparer avec les 70 hystéro-

[1] Les cas comme ceux de Poncet, de Byford, etc., ne peuvent pas infirmer cette remarque, quoique la rétroversion fut mobile. C'est qu'en effet il ne s'agit pas là de Rétroversions *mobiles* pures : il y avait dans un cas prolapsus et *fibrome* dans la paroi postérieure de l'utérus; dans l'autre, une lésion des ovaires passée inaperçue.

pexies types exécutées pour rétroflexions ou rétroversio-flexions, au point de vue de la fréquence du moins. Comme notre maître M. Terrier, nous pensons, nous basant sur l'observation clinique, que les *Rétroversions graves pures* sont beaucoup moins fréquemment observées que les *Rétroflexions adhérentes* et douloureuses ; c'est ce qui explique la rareté des hystéropexies faites pour remédier à cette sorte de déplacement utérin.

Pour ce qui est des Rétrodéviations *Mobiles*, il n'en est plus de même et il faut distinguer ici *Version* et *Flexion* en arrière. C'est ce que nous allons faire dans le paragraphe qui suit.

B. — CAS OU LA RÉTRODÉVIATION EST MOBILE, TOUT EN ÉTANT TRÈS DOULOUREUSE

Il est des opérateurs plus hardis encore ; ceux là proposent franchement l'hystéropexie dans tous les cas de rétrodéviations ; ils seraient même disposés à la faire dans les cas de *rétroversion mobile pure*, ce qu'on n'a pas encore tenté[1], pourvu que le déplacement fut la cause de douleurs que n'a pu guérir un traitement gynécologique suffisamment prolongé. De ce nombre sont Sænger, Léopold, Cohn, Gusserow, Odebrecht, etc. ; il leur suffit de constater une rétrodéviation quelconque, *s'accompagnant de symptômes graves*, pour proposer l'hystéropexie, après avoir traité la métrite, s'il y en a une, si légère fut-elle.

1° L'hystéropexie n'est qu'une opération de nécessité (l'*Ultima ratio*) **dans les Rétroversions mobiles graves.**

Pour nous, nous préférons nous rallier à une opinion mixte, plus avancée que celle de la majorité des chirurgiens laparotomistes français, mais moins radicale que celle des auteurs allemands précédemment cités.

[1] Pourtant notre maître, M. Segond, vient de faire le 14 juin 1890 sa première hystéropexie pour un cas de *Rétroversion mobile pure*. Nous regrettons de n'avoir pu tenir compte de cette observation dans notre travail, déjà en partie imprimé.

Nous pensons en effet — nous regrettons de heurter sur ce point les opinions jusqu'ici admises en France — que l'hystéropexie intra-péritonéale est l'opération de choix (et non pas seulement une opération de nécessité) pour tous les cas de *Rétroflexions mobiles graves* ou de *Rétroversio-flexions*, c'est-à-dire pour celles qui sont depuis longtemps fort douloureuses, qui résistent à tous les traitements gynécologiques habituels et qui rendent la vie insupportable. — Par contre, en ce qui concerne les *Rétroversions mobiles pures* (sans rétroflexion), mais *graves*, nous restons jusqu'à plus ample informé dans une réserve prudente, et pensons que, chez de telles malades, l'hystéropexie ne sera de mise d'emblée, ne devra être catégoriquement proposée que si, au préalable, on a tenté en vain divers modes de traitement vaginal et en particulier l'*Opération d'Alexander*. Dans la plupart des cas, en effet — sauf ceux où il y a erreur de diagnostic (Rétroversion diagnostiquée *mobile* et étant en réalité *adhérente*) et sur lesquels nous allons revenir, la correction est possible par le Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds. Ce procédé semble, dans le cas particulier, l'opération rationnelle, l'opération de choix, l'hystéropexie restant l'intervention de nécessité, l'*ultima ratio*.

S'il nous paraît inutile d'insister davantage sur ce point, nous développerons, par contre, plus loin, les raisons qui ont entraîné notre conviction dans un sens opposé pour les rétroflexions; mais nous tenons à répéter, dès maintenant, que cette façon d'envisager le traitement des rétrodéviations utérines mobiles restreint d'une manière très notable le champ des indications du Raccourcissement inguinal des ligaments ronds. Si l'on réserve, en effet, pour l'hystéropexie toutes les rétroversio-flexions et les rétroflexions mobiles qui exigent une intervention, l'Alexander ne peut plus être applicable qu'aux rétroversions pures avec utérus mobile. Or, très rarement, nous le répétons, un utérus rétroversé et non adhérent est assez douloureux pour nécessiter une intervention sanglante, à moins qu'il n'y ait une lésion concomitante, si minime soit-elle, des annexes. A considérer ainsi les choses, il est clair que le domaine de l'Alexander diminue singulièrement.

Pour la rétroflexion, il ne doit pas en être de même; on ne saurait trop le remarquer. Assez souvent, en effet, on observe des rétroflexions mobiles graves. Veut-on une démonstration manifeste de ce que nous avançons, une preuve de cette fréquence? Sur 75 cas[1] de rétrodéviations utérines, opérées, prises bien entendu au hasard parmi les malades gravement atteintes dans les deux mondes, sans lésions des annexes[2] et pour lesquelles on a dû faire l'hystéropexie (Tableau II), on a noté 14 rétroflexions ou rétroversio-flexions mobiles jusqu'à présent.

2° L'hystéropexie est indiquée comme opération de choix dans les Rétroflexions mobiles graves et douloureuses.

Ceci posé, voyons quelles sont les considérations qui nous autorisent à proposer d'emblée l'hystéropexie intra-péritonéale pour les rétroflexions mobiles, quel que soit leur degré, qu'il y ait ou non en même temps rétroversion. On peut les résumer de la façon suivante.

a). *Possibilité d'une erreur de diagnostic au sujet des adhérences.* — D'abord la possibilité d'une erreur de diagnostic, c'est-à-dire de la confusion entre les rétrodéviations mobiles et les rétrodéviations adhérentes — est réelle. Cette simple remarque, qui s'applique au moins autant aux rétroversions qu'aux rétroflexions, montre bien pourquoi certains auteurs, plus osés encore que nous, et craignant de se tromper et de faire un Alexander inutile, vont jusqu'à préférer l'hystéropexie au Raccourcissement extra-péritonéal de ligaments ronds, dans les cas de rétroversions mobiles. Mais nous devons préciser.

Des rétrodéviations diagnostiquées *mobiles* étaient en réalité *adhérentes ;* quoique cela paraisse, théoriquement au

[1] On doit retrancher du Tableau II (78 Obs.), à ce point de vue, l'observation de Lucas-Championnière (Cas IV) et celles de Byford et de Poncet. Les annexes étaient réellement malades, comme l'a prouvé une castration ultérieure dans les deux premiers cas ; dans celui de Poncet, il y avait un fibrome utérin, cause de la rétroversion mobile et du prolapsus.

[2] La laparotomie l'a montré.

moins, assez bizarre, le fait a été vérifié, le ventre ouvert, non seulement pour la rétroversion (Tableau I, n° 113, constatation d'Hartmann, Cas IV de Terrier) ; mais aussi pour la rétroflexion (Obs. de Tuffier, rapportée au chapitre VI, Cas de Tuffier ; Sænger, t. II, N° 22, etc.). On peut donner de cette sorte de paradoxe chirurgical une explication qui nous paraît plausible, au moins pour la rétroversion en général ; mais il peut y avoir peut-être d'autres raisons à cela.

L'utérus peut sembler mobile, parce qu'on soulève avec lui, en le redressant, la partie antérieure du rectum. Maintenant que l'on connaît bien la possibilité d'un fait semblable, on pourrait prétendre qu'on peut désormais s'assurer au préalable de son existence : il suffirait de pratiquer le toucher rectal en même temps que l'on ferait des tentatives de redressement de l'utérus. Si la paroi antérieure de l'intestin suivait cet organe, c'est qu'il y aurait adhérence entre l'utérus et le rectum. En réalité, la plupart du temps le toucher rectal n'apprend rien de précis à ce point de vue (Segond).

Quoi qu'il en soit, qu'il y ait rétroversion ou rétroflexion, l'Alexander essayé sur de telles malades échouerait sûrement. Et qui sait ? Peut-être y a-t-il des échecs consécutifs aux opérations d'Alexander faites pour des rétrodéviations mobiles, qui reconnaissent cette cause ? On croyait redresser la déviation en arrière ; on ne faisait que ramener en avant toute la masse utérine sans modifier la direction de l'axe de l'utérus. A notre avis, lors de telles rétrodéviations, qu'on peut dénommer *pseudo-mobiles* au point de vue clinique, alors qu'elles sont anatomiquement adhérentes, l'hystéropexie intra-péritonéale seule nous semble indiquée, qu'il y ait rétroversion ou rétroflexion. On nous objectera que ces cas sont relativement très rares — ce qui n'est pas démontré[1] — et qu'on doit tenter d'abord l'Alexander. Nous voulons bien en convenir, au moins pour les rétroversions ; mais il ne doit pas en être de même pour les rétroflexions, pour d'autres raisons. En tous cas, qu'on n'oublie pas qu'une laparotomie aseptique est bénigne, à

[1] En raison du nombre encore trop restreint des laparotomies pour rétrodéviations. L'anatomie pathologique sur le cadavre ne peut, on le conçoit, rien nous apprendre à ce point de vue.

peine plus grave qu'un Alexander[1]. Puisqu'on ne peut savoir ce qui se passe en réalité dans l'abdomen, quand il s'agit de finasseries diagnostiques aussi subtiles, le plus simple est d'aller voir ce qui s'y trouve pour remédier ensuite à la lésion, étant admis que l'opération bien exécutée ne fait courir qu'un danger très restreint, surtout pour ces cas-là qui sont faciles.

Ajoutons encore qu'une rétrodéviation, diagnostiquée *adhérente*, peut être en réalité *mobile*. On l'a constaté après l'ouverture du ventre, par exemple dans un cas de Léopold (Cas VI, Tableau I, N° 72) et un de Routier (Obs. 78, T. II); ce qui explique pourquoi des chirurgiens, considérés en général comme prudents, se trouvent avoir fait des hystéropexies types pour rétrodéviations mobiles[2]. Les laparotomisées n'en ont que mieux guéri.

b). *Difficulté de réduction de la flexion par traction indirecte sur les ligaments ronds.* — Mais la raison principale qui nous fait pencher absolument pour l'hystéropexie, du moins quand il s'agit de rétroflexions ou de rétroversio-flexions mobiles, sans compter bien entendu la possibilité de contrôler l'état des annexes dont on n'est presque jamais sûr (point réellement très important), c'est le *peu de chance que l'on a de réduire une rétroflexion, de redresser complètement un utérus, sans ouvrir l'abdomen* et en se bornant à tirer sur les ligaments ronds. Nous montrerons plus loin, en traitant du raccourcissement intra-abdominal de ces mêmes ligaments, que si l'Alexander peut certainement réussir dans

[1] Nous sommes en réalité convaincu qu'il y a autant de cas de morts après l'Alexander qu'après l'hystéropexie. Cette assertion est basée sur des souvenirs personnels et sur nos lectures, plutôt que sur une statistique comparée très complète, impossible à faire avec précision aujourd'hui, faute d'éléments. Cependant, par simple curiosité, examinons à ce point de vue les chiffres que nous possédons. Nous avons d'une part 235 hystéropexies avec 2 morts, décès que nous discutons plus loin et d'autre part d'après une statistique d'Harrington (*The operat. of shorten. the rounds ligaments;* in *Boston med. Journal*, 1886, 141 opérations d'Alexander avec 3 morts? Cette constatation brute, quoique peu intéressante et erronée au point de vue scientifique, strict, n'en est pas moins très suggestive.

[2] Nous n'insistons pas sur les erreurs de diagnostic se rapportant aux hystéropexies complémentaires (Terrier, Routier, etc.), l'abdomen ayant été ouvert dans un autre but; il y en a bien plus qu'on ne le croit.

certains cas, il doit forcément échouer dans d'autres, alors même que la rétrodéviation est mobile. De plus, dans beaucoup d'opérations d'Alexander, on croit avoir fait disparaître complètement l'angle de flexion. Or, souvent il n'en est rien : on n'a fait que soulever en bloc l'utérus et que rapprocher de la paroi abdominale antérieure cet organe tombé en arrière, sans avoir pour cela détruit, d'une façon radicale, l'angle de flexion.

C'est là une cause d'échecs de l'Alexander, sur laquelle on n'a pas assez insisté. Nous voulons bien admettre que, dans certains cas très favorables, on parvienne à modifier notablement la flexion ; mais nous restons convaincu qu'il y en a d'autres, impossibles à prévoir, où la traction la plus énergique des ligaments ronds ne peut vaincre la résistance du tissu utérin lui-même, alors même qu'il n'y a pas d'adhérences. Comme la laparotomie, ainsi que nous le montrions à l'instant, est d'un pronostic à peine plus sérieux que l'Alexander, nous la préférons dès qu'il y a la moindre hésitation sur la *possibilité d'un redressement complet de l'utérus* par la traction des ligaments ronds, c'est-à-dire dans la plus grande partie, pour ne pas dire dans la totalité des cas de rétroflexions mobiles graves. — Ce procédé nous semble parfaitement justifié en raison de sa bénignité, de la certitude qu'il offre pour le redressement de l'utérus, des résultats constants et superbes qu'il fournit dans les cas aussi simples que ceux-là, de la possibilité de contrôler l'état des annexes. Nous rejetons par contre l'Alexander, au même titre que l'hystéropexie extra-péritonéale, parce que c'est une opération dont on n'est jamais sûr, où l'on agit à l'aveugle, sans connaître tous les facteurs du problème à résoudre ; parce qu'elle est une opération qui, dans les mains les plus habiles, peut donner des insuccès impossibles à prévoir. Cela ne peut arriver après une hystéropexie, qui aura été exécutée dans de bonnes conditions et avec tout le soin désirable. Tout cela démontre bien nettement que l'hystéropexie est réellement l'intervention de choix [1].

[1] Rien n'est plus décourageant que de tenter une intervention « au petit bonheur », sans savoir si l'on réussira ! Tous ceux qui ont à cœur le succès et un succès certain seront de notre avis.

3° Nécessité d'une intervention précoce.

Etant admis qu'il faut sacrifier dans ces cas l'Alexander à la fixation de l'utérus après ouverture de l'abdomen, avant de terminer ce paragraphe nous voudrions montrer en outre l'intérêt qu'il y a à pratiquer cette fixation de bonne heure. Si nous insistons sur ce point, la nécessité d'une intervention précoce même pour les cas des rétroflexions mobiles, c'est que ces sortes de déviations ont les plus grandes chances de *devenir assez rapidement adhérentes*. Si cela est, on aurait dès lors grand tort d'attendre. Voyons ce qu'il en est réellement.

De ce seul fait qu'une déviation est devenue *douloureuse* [1], il faut la surveiller, cela est certain ; car très probablement l'utérus s'immobilisera tôt ou tard dans le petit bassin. Voici comment. *La plupart des rétroflexions pures* ou compliquées de rétroversions, *sont consécutives à des métrites parenchymateuses*, à caractères spéciaux [2], dépendant elles-mêmes de *lésions endométritiques infectieuses* d'espèces variées [3] ; qu'il y ait ou non lésion des annexes, la cavité utérine est donc infectée, à un degré plus ou moins marqué. Si chez une femme, ayant jusque-là les annexes saines, les anciennes lésions endométritiques se réveillent sous une influence quelconque et si les produits septiques d'origine muqueuse s'accumulent dans la cavité du corps de l'utérus, obstruée par suite d'une rétroflexion notable, le défaut d'écoulement ou la difficulté de l'évacuation de ces produits microbiens peut déterminer la propagation des lésions de bas en haut. De la sorte l'infection gagne, par les trompes et les ovaires

[1] Bien entendu, comme dans tout ce qui précède, nous supposons qu'on n'a aucune raison de croire à une lésion salpingo-ovarienne ; sans cela il ne s'agirait plus d'une hystéropexie de parti pris et l'on ne serait pas excusable de discuter dans de tels cas les indications d'une laparotomie.

[2] Il serait très intéressant d'examiner des utérus rétrofléchis à ce point de vue et de constater si réellement, au microscope, il existe des lésions du parenchyme utérin, plus marquées sur la face postérieure et au niveau de l'angle de flexion ; car, jusqu'ici, ce ne sont là que des hypothèses probables.

[3] Ordinairement puerpérales ou blennorrhagiques.

ou les lymphatiques — peu nous importe — le cul-de-sac recto-utérin, et le péritoine pelvien est atteint ; d'où fausses membranes qui s'organisent assez rapidement et constituent bientôt des adhérences résistantes. On voit donc qu'il y a intérêt réel à opérer de bonne heure, la rétroflexion douloureuse, qu'elle soit mobile ou non, car les *douleurs* persistantes sont précisément le symptôme qui vient montrer que des troubles nouveaux apparaissent dans la cavité utérine par rétention des produits septiques.

Si l'on intervient dans ces conditions par l'hystéropexie, on remettra tout en état. L'utérus redressé redeviendra indolore: l'endométrite s'améliorera très notablement, par ce seul fait qu'en replaçant l'utérus dans la rectitude on a, pour ainsi dire, *drainé sa cavité infectée ;* et, après l'opération, sous l'influence d'une antisepsie vaginale assez restreinte, toutes les lésions de la muqueuse utérine disparaîtront rapidement. alors même qu'elles auraient été assez accentuées.

Tout ce que nous venons de dire montre en outre avec quel soin il faut surveiller les *rétrodéviations mobiles non douloureuses*, si du moins l'on veut éviter ultérieurement une opération telle que l'hystéropexie, qui a au moins un inconvénient — quoiqu'il soit léger, — la nécessité d'une cicatrice abdominale de 3 à 5 centimètres. Si on néglige les précautions d'antisepsie utéro-vaginale, désormais classiques, pendant les suites des diverses métrites, ou celles qui sont nécessaires dès que l'on soupçonne une déviation utérine, on peut laisser s'installer sournoisement soit des lésions des annexes, soit des adhérences périutérines [1].

Mais ceci démontre aussi qu'on ne devra recourir à l'hystéropexie, surtout pour les rétroversions, que lorsqu'on aura appliqué, avec toute la rigueur désirable et sans qu'on ait pu

[1] Si l'on veut se convaincre d'une façon absolue de tout ce que nous venons de dire, il suffit de lire avec soin les détails des observations qui nous ont servi à faire nos tableaux synoptiques. On y verra des *rétroversions mobiles* se transformant peu à peu en *rétroflexions adhérentes*, etc., etc. (Cas I, II, de Cuzzi, par exemple), malgré toute sorte de traitement vaginal ou utérin. Quand l'utérus est infecté, il n'est point facile de le remettre en état, sans des soins minutieux et bien compris.

obtenir le moindre résultat, le traitement habituel des infections vagino-utérines, à savoir l'*antisepsie vaginale*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES INDICATIONS DE L'HYSTÉROPEXIE DANS LES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

Pour montrer qu'en somme peu de chirurgiens jusqu'ici se sont montrés partisans de cette opération dans les cas de rétrodéviations mobiles, nous donnons ci-dessous un résumé des *Hystéropexies* VÉRITABLES (types) pratiquées pour rétrodéviations utérines. On voit que pour 56 rétroflexions adhérentes et 6 rétroversions fixes opérées, on n'a que 14 rétroflexions mobiles pures traitées de cette manière. Remarquons qu'il n'y a pas un seul cas de *rétroversion mobile pure*[1] dans ce tableau, ainsi que nous l'avons déjà signalé. Cette remarque confirme la grande réserve avec laquelle nous avons admis l'hystéropexie pour les cas, rares d'ailleurs, de rétroversion mobile grave et douloureuse.

HYSTÉROPEXIES POUR RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

HYSTÉROPEXIES TYPES 78 (T. II)	*Rétroversions pures* 6	Mobiles......	0
		Fixes........	6
	Rétroversions complexes 2	Mobiles......	2
	Rétroflexions pures et Rétroversio-flexions 70	Mobiles	14
		Adhérentes[3]..	56
HYSTÉROPEXIES COMPLÉMENTAIRES 157 (T. I)	*Rétroversions pures* 18	Mobiles	4[4]
		Fixes........	14
	Rétroflexions pures et Rétroversio-flexions 139	Mobiles	18
		Fixes[2].......	12

[1] Rappelons que M. Segond a fait récemment une hystéropexie type pour *rétroversion mobile pure*.

[2] Ce sont les cas de Poncet et de Byford.

[3] Dans ce total, il y a peut être des rétroflexions mobiles et quelques rétroversions; nous avons classé, en effet, parmi les rétroflexions adhérentes, toutes celles où la mobilité n'a pas été notée d'une façon expresse et toutes celles où l'on n'a pas précisé s'il s'agissait d'une flexion ou d'une version.

[4] Cette catégorie comprend l'*utérus en battant de cloche* (Terrier, cas V)

D. — L'hystéropexie seule est-elle suffisante pour amener la cure des rétrodéviations utérines?

Etant admis que l'hystéropexie primitive est une bonne opération pour les cas de rétrodéviations utérines, il reste à se demander si elle est toujours suffisante ; ou bien si l'on doit la combiner avec d'autres opérations (certaines opérations vaginales par exemple), pour être certain du succès.

Quelques chirurgiens (Terrier, etc.), et nous sommes de cet avis, pensent que l'hystéropexie peut se suffire à elle-même dans presque tous les cas. Mais il est bien évident que s'il existe en même temps des lésions du vagin ou de la vulve très accentuées, il faudra les combattre par les moyens appropriés. En réalité, on a alors affaire à des faits très particuliers.

Pour le prolapsus de l'utérus, c'est tout différent; assez souvent dans ces cas, on devra recourir à des opérations complémentaires pour remédier à la cystocèle, (opérations vaginales (colporrhaphie antérieure, etc.) ou autres (cystopexie sus-pubienne complémentaire) par exemple ou plus à l'allongement hypertrophique du col (Trachélectomies variées).

D'autre part, il est bien entendu que, s'il y a métrite, il faudra au préalable essayer de guérir cette affection (curage intra-utérin et même trachélectomie); ce qu'on tentera parfois en vain, il faut bien l'avouer, s'il s'agit surtout de Rétroflexions adhérentes, alors que par le seul fait du redressement de l'utérus, la métrite guérira sans intervention intra-utérine.

D'autres gynécologistes pensent au contraire que dans presque tous les cas on doit associer à l'hystéropexie les diverses opérations vaginales qu'on a coutume d'opposer aux rétrodéviations et à la métrite concomitante ou aux lésions vaginales et périnéales. C'est l'avis de MM. Kelly, Doléris, etc... Pour eux on doit ne recourir à l'hystéropexie, même dans les cas graves, qu'après avoir essayé toutes les autres méthodes de traitement; pour eux, dès que le plancher pelvien est un peu malade, il faut faire, avant l'hystéropexie, des

opérations plastiques sur le périnée, absolument comme si l'on devait faire seulement un Alquié-Alexander. Nous ne pensons pas qu'il faille ainsi compliquer la thérapeutique des rétrodéviations. D'ailleurs les observations publiées prouvent qu'on obtient par l'hystéropexie seule des résultats superbes[1], à part bien entendu les cas où le périné est complètement défoncé! Ceux qui, aujourd'hui encore, sont indécis sur ce point, seront convaincus demain. Il faut, puisque l'on peut le faire en toute sécurité, aller droit au but et ne s'attarder en chemin qu'en cas de force majeure.

E. — L'hystéropexie est-elle indiquée dans d'autres affections de l'utérus, le prolapsus étant laissé de côté?

Si nous avions voulu faire ici l'histoire complète de l'hystéropexie abdominale antérieure, nous aurions dû ajouter d'abord aux rétrodéviations utérines le *Prolapsus de l'utérus*. Mais nous n'avons pas l'intention de reproduire à nouveau les argumentations de la thèse de Dumoret[2]; nous nous bornons à ajouter qu'après la publication de son travail, les faits récemment publiés ne sont venus contredire en rien ses affirmations. Qu'il puisse y avoir pour le Prolapsus *pur* plus d'échecs thérapeutiques, toutes proportions gardées,

[1] Il y a bien peu de cas sur les 235 observations d'hystéropexies rassemblées par nous où l'on ait dû intervenir du côté du vagin soit avant, soit après la laparotomie. Ils seraient faciles à compter. En effet il n'y a *qu'un seul cas* d'intervention périnéale après l'hystéropexie (Spaeth, t. II, N° 49) et cinq ou six seulement comme opérations préalables. En analysant ces derniers cas, on voit qu'en réalité il s'agit de faits particuliers et assez rares. Dans le Tableau II, nous ne trouvons que les observations de Picqué (N° 44), Doléris (cas de Pozzi, N° 52), Kelly (N°s 72, 73, 77); or, ces auteurs sont de ceux qui restaurent *de parti pris* le périné, avant de faire l'hystéropexie! Dans le Tableau I, il n'y a à signaler que le cas d'Hofmeier (N° 132), puisque Czerny (N° 47), Spaeth (N° 82), Martin (N° 104), Sims (N° 1) n'ont agi au préalable que sur le col utérin pour remédier à une toute autre lésion que la rétrodéviation.

[2] Voir, à l'*Index bibliographique*, au paragraphe APPENDICE, l'indication des travaux postérieurs à la thèse de Dumoret.

que pour les rétrodéviations[1], cela n'a rien d'étonnant. Nous n'avons donc qu'à répéter ici ses conclusions. Dans tout prolapsus utérin simple ou compliqué, — et surtout s'il est compliqué — l'opération de choix est l'hystéropexie intra-péritonéale[2] avec fixation directe.

Mais l'hystéropexie intra-péritonéale n'a-t-elle et ne doit-elle avoir que ces deux indications : Prolapsus et Rétrodéviations de l'utérus ? Si nous nous en tenions aux observations publiées la réponse devrait être positive. Nous sommes pourtant d'un avis opposé. Si les observations manquent jusqu'à aujourd'hui, on peut pourtant concevoir que cette opération est susceptible d'être appliquée dans d'autres cas, rares et exceptionnels il est vrai, mais que les gynécologistes et les accoucheurs ont parfois l'occasion de rencontrer, à savoir :

1° Le *Prolapsus simple des ovaires sains ;*

2° Certains cas d'*Inversion utérine*, ayant résisté aux traitements ordinaires et pour lesquels on doit faire aujourd'hui une laparotomie plutôt qu'une amputation de l'organe inversé ;

3° Certains cas, plus rares encore, de *Rétrodéviations utérines survenant pendant la Grossesse* et *déterminant des phénomènes très graves*.

Cette dernière indication surtout paraîtra certainement à beaucoup une audace chirurgicale bien digne d'un partisan convaincu de l'innocuité d'une telle interventions vraiment aseptique. Aussi avons-nous pris soin de n'en parler que dans un paragraphe isolé, bien à part, qu'on trouvera à la fin de ce chapitre, pour ne pas compromettre tout ce que nous avons dit sur le traitement des rétrodéviation utérines en dehors de l'état de grossesse et allons dire sur l'inversion utérine. Nous nous bornons pour l'instant à faire remarquer que si cette proposition paraît exagérée, c'est uniquement parce que

[1] La mortalité opératoire est forcément la même, si l'on opère aseptiquement, dans les cas simples du moins.

[2] M. Assaky croit l'hystéropexie extra-péritonéale suffisante pour les cas de prolapsus simple. Nous répétons que nous ne saisissons pas pourquoi il a si peur d'ouvrir le péritoine.

jusqu'à aujourd'hui on a considéré comme extrêmement sérieuses les interventions pendant la grossesse. Nous montrerons bientôt, les pièces du procès en main, que tout cela a au moins changé un peu depuis qu'on sait opérer dans des conditions d'asepsie parfaite.

1° DE L'HYSTÉROPEXIE POUR LE PROLAPSUS DES OVAIRES

Le Prolapsus des ovaires sains ou malades peut être associé à une rétrodéviation de l'utérus ; c'est la variété de prolapsus la plus commune. Sur les 235 observations de rétrodéviations opérées que nous avons recueillies, nous avons trouvé cette lésion notée dans treize cas, à savoir :

TABLEAU I

8 cas, avec *lésions des ovaires*, qui furent enlevés.	3 Rétroversions :	Cohn (Cas I).
	5 Rétroflexions.	Kelly (Cas I);
		Sænger (Cas I);
		Sænger (Cas IV);
		Cuzzi (Cas II);
		Pascali (Cas I).
		Sims (Cas II);
		Tœrngren (Cas II).

TABLEAU II

5 cas, *sans lésions des ovaires*, laissés en place.	1 Rétroversion :	Byford (Cas II);
	4 Rétroflexions.	Terrier (Cas I);
		Lee (Cas III);
		Lee (Cas V);
		Strong (Cas I).

Nous n'avons rien à dire des cas où les ovaires *malades* ont dû être enlevés; mais, nous devons remarquer que, du fait même de l'hystéropexie dans les cas précités du T. II, le prolapsus des ovaires sains, *symptomatique*, s'est trouvé radicalement guéri.

Cette simple constatation a conduit naturellement à l'idée suivante : c'est que dans le *prolapsus simple*, non symptomatique, non compliqué, de l'ovaire *sain*, lésion plus fréquente qu'on ne le croit généralement[1], l'hystéropexie constituait

1. Vallin. — *Situation et prolapsus des ovaires*. Thèse, Paris, 1887.

une opération parfaitement de mise et certainement préférable à la castration abdominale ou vaginale, puisqu'elle est une opération absolument *conservatrice dans les cas d'ovaires non altérés*. Kelly d'ailleurs avait déjà mis ce point bien en lumière dans son 1er travail sur l'Hystérorrhaphie. *On pourrait employer de préférence son procédé* (2e *mode*), puisqu'il agit plus spécialement sur les ligaments utéro-ovariens.

Si ce n'était point sortir par trop du cadre que nous nous sommes imposé, nous comparerions avec l'hystéropexie pour prolapsus des ovaires sains, l'opération proposée par Imlack (de Liverpool), sous le nom d'*Oophorrhaphie*. Qu'il nous suffise de citer ici cette opération. Elle n'est en réalité qu'une variante de celle que nous signalerons au chapitre suivant de ce travail sous le nom de *Raccourcissement proprement dit des Ligaments larges*, et devient, dans ces cas, une véritable *Oophoropexie*, puisqu'elle a pour but de fixer les ovaires sur les ligaments larges, en rendant, par cet artifice opératoire, aux ligaments ovariens distendus leur brièveté primitive.

2° DE L'HYSTÉROPEXIE DANS L'INVERSION UTÉRINE

L'Inversion utérine, en dépit de l'opinion de certains chirurgiens, doit être considérée comme une affection très grave. On nous permettra donc de ne pas nous attarder sur ce point qui nous paraît démontré et qui est aujourd'hui admis par la plupart des classiques. Dès lors, on ne peut trouver étonnant que nous proposions, comme moyen de traitement radical de cette lésion, rare d'ailleurs, l'hystéropexie intra-péritonéale. Ne l'admettons-nous pas pour les rétrodéviations graves de l'utérus, qui sont certainement d'un pronostic moins sombre?

D'autre part, il y a longtemps — bien avant l'ère antiseptique — que Gaillard Thomas[1] a fait avec succès une laparotomie pour « désinverser » un utérus; et récemment quelques

[1] G. Thomas. — *American Journal of Obstetrics*, novembre 1869, p. 423; et *Traité des maladies des femmes Dis. of women*, 3e édit., 1872, p. 434.

chirurgiens américain (Munde)[1] et allemand (Frænkel)[2] l'ont imité avec autant de bonheur, de même que Sehmalfuss[3].

Il nous a donc paru très raisonnable de proposer d'ajouter, à la réduetion simple de Thomas, la fixation de l'utérus ; il nous a semblé même qu'on devait désormais, par mesure de préeaution, compléter dans tous les cas eette réduetion intra-péritonéale par cette manœuvre absolument inoffensive, seule capable d'empêcher à tout jamais l'utérus de s'inverser à nouveau.

Ceei étant posé, tout revient à déterminer quand la laparotomie est indiquée dans les eas d'inversion utérine, car nous sommes bien foreé de le répéter eneore : la fixation n'est rien et la laparotomie est tout. A notre avis, on doit faire en eette oeeasion le même raisonnement que lorsqu'il s'agit d'une hernie vulgaire. Si l'utérus inversé veut bien rentrer dans l'abdomen dès que le ehirurgien l'y invite de la main et rester réduit sans qu'il soit besoin de reeourir à un support queleonque, tout est pour le mieux et l'hystéropexie n'a rien à voir en semblable oeeurrenee.

Au eontraire, *si l'utérus, réductible, est impossible à maintenir*, on pourrait tenter à la rigueur l'hystéropexie extra-péritonéale ; mais nous préférons, même pour ce cas, l'intra-péritonéale. *S'il est irréductible*, il ne faut pas s'acharner à vouloir le réduire quand même par le vagin, à faire un taxis foreé ; on risquerait de commettre les plus grands désordres[4]. Il faut imiter G. Thomas, Munde, ete., ouvrir le ventre, *détruire* les adhérences et *les fausses membranes qui fixent l'utérus*, introduire une pince dilatatrice dans la cavité, à ouverture abdominale, formée par l'organe inversé, faire retourner l'utérus par la main d'un aide placée dans le vagin et compléter eette opération par la fixation directe. En proeé-

[1] P. Munde. — *Laparotomy for reduction of inverted uterus;* in *New-York med. Journal*, 27 octobre 1888.

[2] Frænkel. — *Cent. für Gyn.*, n° 14, 1886, p. 219 (discussion).

[3] Voir C. Schrœder. *Mal. des org. génit. de la femme*, trad. par Lauwers, Bruxelles, 1890, p. 226.

[4] Cas de Depaul et de nombreux chirurgiens américains et autres.

dant ainsi, on aura à l'heure actuelle rarement des insuccès[1].

Le manuel opératoire devra, bien entendu, dans ces cas, présenter quelques particularités sur lesquelles il est inutile d'insister (désinfection préalable de l'utérus avant la réduction, fixation très solide comme dans les cas de prolapsus, etc.) Nous tenions simplement à signaler cette nouvelle indication de l'hystéropexie et à justifier le complément opératoire proposé par nous pour les interventions faites par des hommes comme G. Thomas et Munde — interventions que nos classiques les plus récents traitent presque de fantastiques, alors qu'ils n'hésitent pas à recommander dans les mêmes cas l'extirpation de l'utérus[2]. Souhaitons seulement que les faits viennent bientôt confirmer les quelques réflexions que nous venons de résumer, et qui mériteraient certainement dès maintenant de plus amples développements théoriques.

II. — CONTRE-INDICATIONS

En dehors des contre-indications habituelles à toute laparotomie et que nous ne pouvons étudier ici, il y en aurait, dit-on, une toute spéciale pour l'hystéropexie, à savoir la *Grossesse*.

1° — GROSSESSE ET HYSTÉROPEXIE.

A. — De la Grossesse chez les Hystéropexiées.

CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES. — La plupart des auteurs qui ont déjà traité de l'hystéropexie ont soulevé cette question.

[1] Si, le ventre ouvert, le procédé de réduction intra-abdominale de G. Thomas ne réussissait pas, — ce qui devra être très rare, — alors seulement on pourrait recourir à l'amputation de l'utérus par un procédé quelconque.

[2] Extirper l'utérus, dit Duncan, c'est éluder la difficulté; c'est, à notre avis, faire comme le cheval de course qui contourne l'obstacle au lieu de le sauter!

Tel est le cas pour Caneva, Olshausen, Sænger, Kelly, Kuhn même (ce dernier en ce qui concerne l'hystéropexie pour prolapsus), etc., pour ne citer que les premiers. — Les opérateurs ont discuté ce point dans leurs mémoires avec plus d'idées préconçues, il est vrai, que de preuves à l'appui. Certains d'entre eux pensaient que si la fécondation avait lieu, il pourrait en résulter des troubles divers d'ordre fonctionnel (tiraillements douloureux, etc.), et craignaient que, si l'embryon se développait, il ne se produisît bientôt soit un avortement, soit une destruction des adhérences utéro-pariétales, soit les deux à la fois, soit même une rupture utérine ! Toutes ces remarques n'étaient guère que théoriques ; et pourtant bien des chirurgiens tendent à penser, même aujourd'hui, que la *possibilité d'une grossesse ultérieure* doit constituer une contre-indication opératoire, sinon absolue, du moins à laquelle il faut songer dans chaque cas particulier.

Faits observés. — Jusqu'à ces derniers mois, les observations manquaient pour essayer de résoudre cette question. On en était réduit à se livrer à des considérations purement hypothétiques, quand, récemment, au dernier *Congrès des Gynécologistes allemands* (juillet 1889) à Fribourg-en-Brisgau, on vint apporter au moins un fait qu'on enregistra avec soin.

Pourtant Kustner [1] (de Dorpat), dans ce Congrès, avait essayé à nouveau de jeter l'alarme en déclarant formellement que l'hystéropexie était une méthode défectueuse, quand elle était employée pendant la période d'activité génitale de la patiente. « Pour lui, déclarait-il au Congrès, une grossesse après fixation de l'utérus à la face antérieure de l'abdomen étant acquise, l'avortement est inévitable ; » et pour justifier cette opinion radicale, il citait un observation de ventro-fixation, exécutée par lui, et après laquelle il y avait eu avortement.

Malheureusement pour l'auteur allemand, son cas ne

[1] Kustner. — *Loc. cit.*, Congrès de Fribourg, p. 384.

prouve absolument rien à ce point de vue, quoi qu'en aient dit certains journaux français qui n'ont pas eu le texte de Kustner sous les yeux. Il s'agit en effet d'une femme atteinte d'un gros myome de l'utérus et enceinte de trois mois. Kustner fit l'ablation du fibrome par la laparotomie et en sutura le pédicule à la paroi abdominale (29 nov. 1888), comme dans une hystéropexie directe. Le 21 décembre suivant, il y avait avortement à quatre mois. L'utérus, en se développant, avait tiré sur la cicatrice, dit Kustner; mais comme la fixation n'avait pas lâché, l'utérus avait dû chasser au dehors son contenu. On voit qu'en réalité il ne s'agit pas du tout de grossesse chez une hystéropexiée ; mais, et à la rigueur seulement, d'hystéropexie chez une femme enceinte : ce qui n'est pas la même chose. Nous reviendrons bientôt d'ailleurs sur ce cas quand nous parlerons de l'hystéropexie pour les rétrodéviations de l'utérus gravide.

C'est au même Congrès, par contre, que Sænger cita le fait suivant au cours de la discussion de la communication de Kustner : Une des femmes (Cas VII, Tabl. II) sur lesquelles il avait pratiqué l'hystéropexie proprement dite (*Reine Ventrofixatio*), est devenue enceinte après cette opération; en juillet 1889, sa grossesse en était déjà au cinquième mois. Or cette femme présenta au début des tiraillements douloureux, et, à plusieurs reprises, eut des hémorrhagies utérines. Cependant il n'y avait pas eu d'avortement et Sænger espérait encore à cette époque que la grossesse suivrait son cours jusqu'à terme.

En outre, M. de Vlacos (de Mételin, Turquie), posséderait un cas de grossesse avancée chez une femme à laquelle il a fait une hystéropexie pour prolapsus[1]. Mais il était réservé à une observation française de démontrer que l'accouchement à terme était possible.

En effet, en France, M. Routier a eu d'abord, comme Sænger et de Vlacos, la chance de revoir une de ses opérées d'hystéropexie (complémentaire) et de constater qu'elle était en-

[1] Communication orale de M. Terrier auquel M. de Vlacos a écrit; mais il n'y a rien de publié à ce sujet.

ceinte. C'était en novembre dernier [1] et la grossesse était alors de huit mois. M. Routier n'a observé à ce moment rien d'anormal : pas de douleurs, pas de tiraillements. Mais, qui plus est, cette femme a accouché récemment ; l'accouchement a été normal et à terme. Les adhérences, soudant l'utérus à la paroi abdominale, se sont maintenues [2]. Remarquons seulement que cette malade a été opérée par le procédé de Kœberlé rajeuni : fixation du pédicule d'un ovaire enlevé à la paroi abdominale.

Discussion et conclusions. — Les observations de Sænger et de Vlaccos montraient déjà que l'opinion de Kustner était exagérée ; celle de M. Routier l'annihile.

Mais si nous ne pouvons admettre à l'heure actuelle sa proposition (avortement inévitable), nous n'en reconnaissons pas moins dès maintenant qu'on est loin d'être fixé sur ce point d'une façon définitive. Certes une hystéropexie antérieure peut être une condition défavorable pour une grossesse ultérieure ; mais rien ne le démontre, en réalité, jusqu'à aujourd'hui.

Malgré la brièveté des renseignements que nous possédons sur les cas de Vlaccos et de Sænger et malgré le mode de fixation de celui de M. Routier, ils n'en sont cependant pas moins intéressants tous les trois à divers points de vue ; et d'abord en ce qui regarde les résultats directs obtenus par l'hystéropexie.

1° *La conception et la grossesse sont possibles après l'hystéropexie.* — En effet, ils prouvent (c'est là une vérité un peu trop évidente) qu'après l'hystéropexie, la conception et la grossesse sont possibles, même lorsqu'un ovaire a été enlevé (Routier). C'est peut-être parce qu'il s'agit là de l'évidence même que personne n'a cru devoir attacher à cette remarque une importance quelconque.

[1] Dumoret. — *Du Prolapsus utérin;* in *Gazette des Hôpitaux*, 30 novembre 1889, p. 1254.

[2] Voyez l'observation de M. Routier, publiée *in extenso* à la fin de ce travail.

Pourtant deux de ces faits montrent que non seulement l'hystéropexie simple fait disparaître tous les troubles pathologiques fonctionnels contre lesquels l'opération était dirigée, mais qu'elle a pu rendre possible la conception [1]. Ce résultat doit être souligné, car tout le monde sait que la *stérilité* est une conséquence très fréquente des *rétrodéviations utérines adhérentes*, surtout des rétroflexions, et que certaines de ces malades désirent avoir des enfants.

2° *L'accouchement ne détruit pas ce qu'a créé l'hystéropexie.* — D'autre part si le cas de Sænger montre que la grossesse est possible jusqu'à cinq mois, — et il est fort probable que l'enfant a pu arriver à terme, — celui de M. Routier est plus démonstratif encore : dans ces conditions, la grossesse peut être normale, ne présenter jamais le moindre accident, être menée à bien. L'accouchement peut très bien se faire, et, qui plus est, les bénéfices obtenus par l'hystéropexie antérieure persister après l'expulsion d'un enfant bien portant. Que demander de plus aujourd'hui ? Attendons paisiblement qu'on publie d'autres faits analogues, aussi favorables, puisque nous n'avons pas à enregistrer, jusqu'à aujourd'hui du moins de cas contraires.

La discussion de ces trois faits ne doit pas être poursuivie plus loin, parce que l'histoire de deux d'entre eux est incomplètement connue et que leur nombre est par trop restreint. Cependant voici les quelques considérations qu'ils nous ont suggérées.

3° *Réflexions sur les rapports de l'Hystéropexie avec la question de la Grossesse.* — En ce qui concerne l'avortement, à supposer que la grossesse soit impossible — ce qui n'est pas (Routier), — il resterait toujours à discuter la question suivante : Vaut-il mieux, par une opération, être guérie radicalement et devenir stérile, ou bien continuer à souffrir cruellement et, en restant impassible, pouvoir devenir enceinte [2] ?

[1] Ne pas oublier en outre que le cas de Sænger se rapporte à une femme qui avait subi, antérieurement à l'hystéropexie, une *opération d'Alexander unilatérale !*

[2] Nous savons bien qu'on admet que la grossesse peut guérir une Rétrodéviation ; mais encore une fois, c'est là un procédé de cure radicale des douleurs intolérables et des métrorrhagies, accompagnant les déplacements en arrière graves, qui nous paraît trop précaire.

C'est là un problème où il entre des facteurs d'ordres trop divers pour que nous cherchions à en dégager scientifiquement la solution. Mais notre conviction est faite sur ce point.

D'autre part, à supposer encore qu'un avortement se produisît une première fois chez une hystéropexiée guérie, il faudrait encore se demander quelles modifications cet avortement entraînerait du côté de l'utérus et si les adhérences créées céderaient peu à peu (ce qui n'est pas probable, le cas de M. Routier étant favorable). Il faudrait étudier en outre la façon dont aurait lieu la seconde grossesse, si un premier avortement n'avait pas détruit ce qu'on aurait obtenu par l'hystéropexie, etc., etc.

On voit à quelles nombreuses considérations ce sujet pourrait donner lieu, si l'on voulait un peu s'y prêter. Nous tenions cependant à indiquer ces différents points, tout en attendant patiemment que l'on publie des faits qui permettent de discuter plus à fond cette importante question.

Les troubles fonctionnels, signalés seulement jusqu'ici par Sænger dans un cas, s'ils se reproduisaient dans beaucoup d'autres, ne devraient pas non plus constituer une contre-indication formelle à l'hystéropexie. En effet, ils ne peuvent être que passagers et en somme relativement bénins (douleurs. pertes de sang). Et quelle est en réalité leur importance, si on les compare surtout aux *troubles* qui ont déterminé le chirurgien à intervenir, à la *possibilité*, désormais acquise, (trois cas) d'obtenir au moins une *conception*, et à la *possibilité d'une grossesse* à terme (un cas) (nous répétons que presque toutes les personnes à utérus rétrodévié deviennent difficilement enceintes), etc., etc. ? — L'opérée doit s'estimer heureuse si, au prix de quelques souffrances, elle est susceptible d'obtenir l'enfant que parfois elle désire tant[1].

A notre avis, il *vaut mieux courir les chances d'une grossesse dans un utérus hystéropexié que dans un utérus rétrofléchi*. En effet, qu'on ne l'oublie pas, les rétroflexions de l'utérus gravide, qui peuvent être si graves, s'observent le plus souvent dans les cas d'utérus rétrofléchis au moment de la grossesse !

[1] Il faut absolument ajouter que jusqu'à aujourd'hui une *seule observation* (Routier) prouve que la grossesse *à terme* est possible, cliniquement parlant, quoique, dans le cas de Sænger le fœtus ait atteint

4° *Rapports de la Grossesse avec l'Alexander (fixation dite normale de l'utérus).* — Une remarque encore en quittant ce sujet : A-t-on étudié ce qui se passe à ce point de vue après l'opération d'Alquié-Alexander? Connaît-on des cas d'avortement survenant chez des femmes grosses, ainsi opérées antérieurement. Dans nos nombreuses recherches bibliographiques, nous n'avons trouvé sur ce point que des renseignements fort restreints. Ils sont consignés d'ailleurs dans la thèse de M. le Dr Manrique [1] et résumés dans un article de notre ancien collègue Beurnier [2].

Nous rapportons ici ces documents, groupés à dessein, parce qu'ils peuvent jeter un certain jour sur la question qui nous occupe. Au dire de ces auteurs, on connaît trois cas de grossesse arrivés à terme, dans de bonnes conditions, après l'Alquié-Alexander. L'un est dû à Alexander lui-même. Le voici :

OBSERVATION I

(ALEXANDER, Cas IX.[3])

Rétroversion de l'utérus. Accidents convulsifs réflexes consécutifs. — Ligature des artères vertébrales. — Persistance des accidents nerveux. — Raccourcissement des ligaments ronds. — Grossesse ultérieure. — Guérison.

Voir les détails de l'observation dans la thèse de M. le Dr Manrique.

OPÉRATION. — Le 16 mars 1882 : Raccourcissement des ligaments ronds.

10 avril, exeat. — 20 juin, guérison.

Cette femme a été revue à plusieurs reprises dans les premiers

5 mois ; et que de plus, dans le cas de Routier, il s'agit d'une fixation *indirecte* de l'utérus. Le procédé opératoire employé est important à noter à ce point de vue : ce qui a pu avoir lieu avec une fixation indirecte de l'organe pouvant peut-être (simple supposition) ne pas se produire lors de fixation *directe* et très intime.

[1] Juan — E. Manrique. — *Etudes sur l'opération d'Alexander.* Thèse de Paris, 1886, p. 143.

[2] Beurnier. — *Loc. cit.* (au chapitre suivant), p. 240.

[3] *Short. of ronds ligaments*, p. 35 (observation traduite).

mois de 1883. Utérus bien en place. — A cette époque elle annonce qu'elle est enceinte et entre le troisième et le quatrième mois de la gestation, laquelle ne lui cause jusqu'alors aucun inconvénient. Elle s'estimait *très heureuse de voir ses aptitudes maternelles récupérées* (*sic*).

2 août 1883, la grossesse suit sa marche normale.

Cette femme est accouchée d'un enfant bien portant pendant l'hiver de 1883. Elle a été assistée par une sage-femme qui n'a constaté aucun phénomène anormal pendant le travail.

2 août 1884, utérus en place (d'après Alexander et Lawson-Tait, qui revirent alors ensemble l'operée d'Alexander).

Les deux autres observations sont dues au Dr Imlack [1].

Bien que chez quelques-unes des malades de cet opérateur, il y ait eu des avortements antérieurs, on n'a pas pu constater jusqu'à présent de fausses couches survenant après l'opération ; et dans deux cas de grossesse consécutive à l'Alquié-Alexander, la marche de cette fonction a été très physiologique. Dans un cas on a eu une présentation transversale et chez toutes les deux l'état puerpéral a été compliqué de cellulite pelvienne. Après l'accouchement, on a pu constater, chez la première de ces malades, que l'utérus avait conservé sa position normale et qu'il ne s'était pas rétrofléchi. La seconde n'ayant pas encore à cette époque (1885) quitté le lit, Imlach n'en put rien dire. Trois autres opérées du Dr Imlach étaient enceintes au moment de sa dernière publication et il espère pouvoir rapporter plus tard, pour ces opérations, une grossesse et un accouchement nouveaux.

Voici l'une des observations d'Imlack que nous avons trouvée dans la thèse de M. Manrique.

OBSERVATION II

(Imlack, Cas III [2].)

Prolapsus des ovaires. — Opération d'Alexander. — Grossesse ultérieure.

J. D., six enfants dont le plus jeune a un an. Douleurs conti-

[1] Alexander. — *Edimburg medical Journal*, 1885, p. 1036.
[2] *Edimburg medical Journal*, avril 1885, p. 914.

nuelles dans le bas-ventre. Pas de ménorrhagies; ovaires prolabés et très sensibles, mais d'un volume normal. — Opération le 14 février 1884. Soulagement complet. — En février 1885, elle eut un enfant. — Pas d'accident pendant la grossesse, mais elle eut une présentation transversale (*Cross-birth*) et a actuellement une cellulite pelvienne.

Ces exemples [1] montrent que l'utérus gravide ne tire pas sur les ligaments ronds après leur raccourcissement « comme un homme, qui se pend à un trapèze, tire sur ses bras » ; mais que, pendant l'évolution de la grossesse, tout se modifie dans le système génital interne de la femme et que ligaments et utérus se développent ensemble pour permettre au fœtus de s'accroître. On connaît la constitution de ces ligaments ronds qui, en dehors de leur partie musculaire, importante il est vrai, ressemblent fort aux liens fibreux artificiels de l'hystéropexie, surtout dans ces cas de rétrodéviations où ils sont altérés. On doit donc conclure, il nous semble, de telles analogies que ce qui se passe pour ces ligaments rabougris et raccourcis doit aussi avoir lieu pour les nouveaux ligaments utéro-pariétaux antérieurs, créés par l'hystéropexie? C'est au moins très probable.

D'ailleurs, ce qui se passe chez les femmes atteintes de rétrodéviation utérine adhérente devenant enceinte et ne guérissant pas (cela se voit), plaide dans le même sens. En effet, de telles femmes peuvent concevoir — c'est rare il est vrai — et même mener leur grossesse à terme. Puis plus tard, après l'accouchement, la rétrodéviation peut n'avoir pas disparu sous cette influence. Or, qu'y aurait-il d'étonnant à ce que ce qui a lieu ici pour de fortes adhérences rétro-utérines pathologiques se produise pour des adhérences anté-utérines opératoires ?

D'autre part, si les ligaments ronds raccourcis obéissent sans s'allonger à nouveau pendant la grossesse, à la loi de

[1] M. Doléris posséderait un certain nombre d'observations de grossesses survenues chez des malades ayant subi l'opération d'Alexander. (Communication orale.) Rappelons, fait intéressant, que le cas de grossesse chez une hystéropexiée de Sænger se rapporte à une femme qui avait subi déjà une opération d'Alquié-Alexander d'un côté.

l'accommodation des organes pelviens, cette constatation classique peut-elle plaider, dans certains cas du moins (femmes susceptibles de devenir encore grosses), en faveur du Raccourcissement intra-abdominal de ces mêmes ligaments, et cela au détriment de l'hystéropexie proprement dite? Non, car jusqu'à présent du moins, avant d'admettre l'exactitude de cette proposition, nous attendrons que des faits soient venus prouver que la grossesse ne peut être qu'exceptionnelle après la fixation anormale de l'utérus à la paroi abdominale antérieure; ce qui est fort loin d'être démontré.

5° *Rapports entre l'opération césarienne et l'hystéropexie au point de vue de la grossesse ultérieure.* — D'ailleurs, veut-on encore une preuve, indirecte il est vrai, mais qui a une réelle importance, de la valeur de la fixation anormale de l'utérus, de la solidité des adhérences artificielles créées par l'hystéropexie abdominale antérieure, et de la façon dont elles doivent se comporter lors d'une grossesse? De telles adhérences doivent jouir certainement d'un notable degré de résistance, puisque celles qui sont consécutives à l'opération césarienne, et qui sont analogues comme aspect et comme mode de production, résistent parfaitement à une seconde grossesse, *qui peut parfaitement arriver à terme.*

On sait, en effet, que ces adhérences utéro-pariétales, conséquence fatale d'une première hystérotomie, persistent assez longtemps. Ne les a-t-on pas invoquées pour expliquer la diminution de gravité d'une seconde et d'une troisième opération césarienne faite à nouveau chez la même personne? Et l'on compte tant sur elle qu'on va jusqu'à conseiller, au cours de l'hystérotomie, la suture utéro-pariétale, c'est-à-dire la fixation anormale de l'utérus, au cas où surviendrait une seconde grossesse[1] !

[1] Nous avons fait encore une remarque qui mérite d'être consignée ici. Non seulement l'utérus hystéropexié peut résister à une grossesse, et l'accouchement terminé rester fixé en avant, mais une *opération intra-utérine* (énucléation d'un myome par la voie vaginale) ne l'empêche pas de rester soudé à la paroi abdominale. (Cas II de Prochownick, rapporté par Spaeth, Obs. 10, Tableau I.)

B. — De l'Hystéropexie chez les Femmes Enceintes.

(*Rétroversion de l'utérus gravide.*)

On a tant critiqué l'hystéropexie au point de vue de la possibilité d'une grossesse ultérieure, répété tant de fois que le bistouri du chirurgien ne doit pas toucher à l'utérus d'une femme enceinte, que nous osons à peine écrire les quelques lignes qui vont suivre. Préconiser de parti pris la laparotomie avec fixation de l'utérus en avant dans les cas de rétrodéviation grave de l'utérus gravide est certes une proposition qui paraîtra hardie, même à l'heure actuelle. C'est, qu'en effet, cette proposition se heurte à deux axiomes fondamentaux et classiques chez nous de la chirurgie gynécologique. Ce sont : 1° on ne doit faire d'opérations sur les femmes enceintes que dans les cas d'urgence absolue, en raison de la facilité de l'infection dans l'état puerpéral ; 2° il est toujours dangereux de toucher à un utérus gravide, sous peine : *a*). d'avoir à combattre une hémorrhagie considérable ; *b*). de déterminer presque fatalement un avortement.

1° *Dangers de la chirurgie de la grossesse.* — Certes, ces principes, que nous ne pouvons discuter ici à fond, étaient des plus exacts et des plus admissibles il y a quelques années à peine ; mais il faut bien constater qu'aujourd'hui on ose un peu passer outre, au moins quand les dangers courus par la femme sont *suffisamment menaçants*.

On sait désormais qu'il est possible d'opérer les femmes enceintes sans danger pour leur vie ni pour celle du fœtus [1], même quand on touche à l'utérus ; on sait que la grossesse peut évoluer normalement malgré une opération sérieuse ; et

[1] Voir sur ce point les observations relatives aux ovariotomies, laparomyomotomies, cure radicale de hernies, ablations de cancers du sein chez les femmes enceintes, les classiques, la thèse de Cayla, 1882, la thèse d'agrégation de Lefour, 1888 et les observations récemment publiées ; par exemple le cas de Routier, in *Ann. de Gynéc.*, mars 1890 ; ceux de Mayo Robson, in *British medical Journal*, 9 novembre 1889, etc., etc.

que *ce qui fait la gravité* d'une intervention absolument aseptique, c'est plutôt l'importance de la lésion pour laquelle on opère que le seul fait de trouver un fœtus dans la cavité utérine. Cela étant admis et nous ne pouvons nous attarder plus longtemps sur la discussion de cette capitale question — la Chirurgie de la Grossesse — pourquoi, dans les *cas très graves, désespérés*, de Rétroversion utérine de l'utérus gravide[1], n'interviendrait-on pas par la laparotomie, ne redresserait-on pas l'utérus et ne le fixerait-on pas légèrement, si besoin était, à la paroi abdominale, soit par une fixation directe, soit par la fixation des annexes, procédé dans lequel l'hémorrhagie serait moins à redouter? Pourquoi, dans des cas analogues à ceux qui ont obligé à recourir à l'Hystérotomie vaginale par exemple, qui ont amené la mort de la mère faute d'une intervention rationnelle, ne tenterait-on pas cette dernière ressource? On a bien fait déjà, à diverses reprises, des laparotomies quand il s'agissait de rétrodéviations symptomatiques de tumeurs du petit bassin (myomes, kystes de l'ovaire; voir Boldt[2], etc., etc.)! Pourquoi n'y ajouterait-on pas la fixation de l'utérus, qui n'aggrave en rien l'acte opératoire? Pourquoi, dans les cas de *Rétroversion, dite idiopathique, grave*, menaçant la vie de la mère, n'en ferait-on pas autant? Nous nous demandons encore comment il se fait qu'on n'y ait point songé. Nous sommes convaincu qu'on aurait des succès en intervenant ainsi, dès que l'impuissance des moyens de douceur aurait été constatée d'une façon formelle.

2° *Chances d'avortement* — Que l'avortement puisse se produire parfois, surtout si l'on fixe l'utérus comme dans le cas de Kustner cité plus haut, où une hystéropexie fortuite fut faite chez une femme enceinte à la suite de l'ablation d'un fibrome utérin (sans qu'il y eût de rétrodéviation) et fut suivie une vingtaine de jours après d'une fausse couche, certes, nous ne le nions pas; mais nous savons aussi qu'il peut ne pas avoir lieu, car il n'est pas survenu dans un cer-

[1] On a rarement l'occasion d'observer des Rétroflexions de l'utérus gravide.

[2] Boldt. — *Centr. für Gyn.*, n° 4, 1890, p. 62.

tain nombre de laparotomies[1]. Il est vrai que dans ces cas l'utérus n'avait pas été fixé et qu'il s'agit toujours d'utérus réintégrés, une fois la myomotomie faite, ou d'ovariotomies à pédicule interne. Tout cela est indiscutable, et le seul fait connu de fixation utérine chez une femme enceinte (celui de Kustner) est défavorable! Quoi qu'il en soit, nous ne considérons pas ce cas comme absolument probant et passons outre jusqu'à nouvel ordre. En effet, malgré l'avis de Kustner, nous ne croyons pas que le *fait seul de la fixation*, si elle est assez précoce (3e ou 4e mois), puisse être, à plus ou moins longue échéance (la fausse couche a eu lieu vingt et un jours après l'opération dans son cas) une cause constante d'avortement ultérieur, l'utérus bridé ne pouvant se distendre comme il conviendrait. Nous avons précédemment exposé pourquoi nous pensons qu'il doit en être ainsi, en étudiant la grossesse chez les hystéropexiées : *tous les tissus périutérins semblent, pendant les premiers mois de la grossesse, subir un développement analogue à celui de la matrice et de ses ligaments.* D'autre part l'avortement, quand il se produit après une laparotomie, survient dès les premiers jours et non pas quelques semaines plus tard, comme semble l'admettre Kustner. C'est donc bien le traumatisme — ou plutôt un *mode spécial de traumatisme*, puisqu'il n'a pas lieu après toutes les laparotomies — qui en est la cause. De plus, dans ces cas, le tiraillement exercé sur l'utérus par des ligaments inextensibles n'intervient pas, puisqu'il n'y a pas fixation.

Tout ce que nous venons de dire prouve seulement que la laparotomie ne doit être que la dernière ressource et n'être employée, avec ou sans fixation, que dans les cas où tous les autres traitements ont échoué. Un cas de Mayo Robson montre

[1] Routier, sans compter le cas de Küstner, a cité dix myomectomies exécutées au cours de la grossesse; il n'y a eu que trois avortements. Les sept succès complets sont dus à Schrœder, Studsgaard, Landau, Martin, Frommel, Gordon et Routier. — De même récemment, Mayo, Robson cite deux ovariotomies sans avortement, Bantock une double ovariotomie avec un utérus gravide sans avortement (*Brit. med. J.*, 1er février 1890), etc., etc.

[2] Voir à ce propos les tableaux publiés par Routier, etc., et Poziz (*Gaz. Méd. de Paris*, 24 mai 1890, n° 21, p. 241).

d'ailleurs combien l'utérus peut être tolérant, au moins pour la laparotomie avec libération simple de l'organe, sinon avec hystéropexie. Dans une ovariotomie au cours de la grossesse, il eut à déchirer, à la face postérieure de l'utérus gravide, des adhérences extrêmement étendues et solides; malgré cela il n'y eut pas d'avortement.

Il est évident que la gravité d'une telle intervention variera selon la variété de rétrodéviation et l'âge de la grossesse; mais comme nous manquons totalement d'observations sur ce sujet, pour étudier plus à fond cette nouvelle application de l'hystéropexie, nous attendrons qu'elle ait été mise à exécution, comme la laparotomie l'a déjà été, persuadé que notre appel à l'expérience, parfaitement autorisé au moins dans certains cas faciles à prévoir, sera un jour ou l'autre entendu [1].

Il est possible qu'on reconnaisse plus tard que la fixation est inutile, que la simple destruction des adhérences [2] et le *désenclavement* de l'organe suffisent, comme on essaie de le démontrer maintenant pour les rétrodéviations de l'utérus non gravide. Nous voulons bien l'admettre dès aujourd'hui pour les rétrodéviations symptomatiques, causées par des tumeurs qu'il faut d'abord enlever; mais on nous permettra de douter encore pour les autres rétrodéviations dites idiopathiques.

Quels que soient les résultats fournis ultérieurement par la clinique, nous aurons atteint notre but si nous avons pu au moins attirer dans notre pays l'attention sur les avantages que présente la laparotomie dans les rétrodéviations de l'utérus gravide, irréductibles, par les procédés ordinaires et s'accompagnant d'accidents très menaçants pour la vie de la mère et du fœtus.

[1] On pourrait faire peut-être des réflexions analogues sur le *Prolapsus de l'utérus gravide*. Nous n'y insistons pas, pour ne pas sortir de notre sujet.

[2] D'après Martin en effet (*Tr. clin. des Mal. des Femmes*; trad. Varnier et Weiss, 1889, p. 115) l'impossibilité de la réduction est due surtout aux adhérences de la paroi postérieure du corps dans la cavité de Douglas.

2°. DEGRÉ ET COMPLICATIONS DES RÉTRODÉVIATIONS

Certains auteurs ont prétendu que la fixation de l'utérus pouvait être parfois si difficile que ce mode d'intervention devait être rejeté à priori pour les cas compliqués de rétro-déviations.

C'est ainsi que Polk, dans certain cas, ne voulut pas tenter la fixation de l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen, même après l'ouverture du ventre, pour libérer et redresser un utérus rétroversé, et s'en tint à l'opération d'Alexander, la considérant comme plus facile et plus simple (voir au chapitre suivant). C'est ainsi que Munde dut laisser presque inachevée une laparotomie commencée pour une hystéropexie.

Les cas dans lesquels Polk croit qu'on ne doit pas essayer, sous peine d'insuccès ultérieur, la fixation de l'utérus lui-même, sont ceux, où le ventre ouvert, on note :

1° Des *adhérences* très importantes et très solides :

2° Une *grande profondeur du petit bassin ;*

3° Une *petitesse notable de l'utérus ;*

4° Une étendue trop faible et une rigidité trop grande des *ligaments utéro-sacrés* et du bord inférieur des *ligaments larges.*

Dans ces cas, en effet, on aurait les plus grandes difficultés à amener l'utérus au contact avec la paroi abdominale antérieure et à le maintenir sur ce point.

Nous voulons bien admettre qu'il y ait des cas difficiles, des malades chez lesquelles, le ventre ouvert, on ne puisse pas suturer très facilement l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen. Mais ces faits-là, malgré l'opinion de Polk, doivent être très rares, puisqu'il est presque le seul à les avoir signalés [1].

En tous cas, ce n'est pas là une considération qui doit

arrêter le chirurgien et l'empêcher de proposer une hystéropexie, d'ailleurs indiquée. Si parfois la fixation directe lui semble impossible, s'il ne peut amener l'utérus lui-même au contact de la paroi abdominale antérieure, la fixation semi-directe, par les ligaments ronds ou les ligaments larges[2] sera presque toujours, pour ne pas dire toujours, possible. Et si même, en supposant tout au pire, la fixation ne pouvait être exécutée, on aurait toujours fait le *simple Redressement de l'utérus*, qu'on a préconisée récemment. D'ailleurs, n'est-il pas entendu encore une fois qu'une telle laparotomie est une opération bénigne ?

Le chirurgien devra seulement s'attendre à des difficultés particulières, tout préparer pour les surmonter et n'abandonner l'idée de l'hystéropexie, le ventre ouvert, qu'après avoir bien examiné l'état des organes génitaux internes et avoir constaté qu'il lui est impossible de briser l'obstacle et d'attirer l'utérus en avant, ce qui se présentera bien rarement.

[1] Munde, dans son cas, qui date de 1888, ne put exécuter une hystéropexie commencée par suite d'adhérences utérines trop solides. Il dut abandonner l'opération et se borner à refermer l'abdomen. — Præger (Cas II, t. I, 1889) ne put fixer une fois les annexes utérines (ligaments larges) que d'un côté; mais cela tient très probablement à ce qu'il ne libéra pas suffisamment l'utérus au préalable.

[2] Strong (Cas II, t. II), ne pouvant employer le procédé de Léopold, se borna à utiliser un mode de fixation analogue à celui de von Winiwarter (fixation des ligaments larges) ; ce qui, au demeurant, ne lui porta pas bonheur.

CHAPITRE V

COMPARAISON DE L'HYSTÉROPEXIE AVEC LES AUTRES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES GRAVES ET EN PARTICULIER AVEC

UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

LE RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS RONDS

Sommaire. — Comparaison de l'Hystéropexie avec les autres méthodes de traitement des rétrodéviations utérines.

A. *Interventions par la voie vaginale :* a). Pessaires; b). Opérations par la voie vaginale. — B. *Interventions par la voie sus-pubienne.* 1° Opération extra-péritonéale : Op. d'Alquié-Alexander ; 2° opérations intra-abdominales : A). Opérations de transition : 1° laparotomie avec drainage rétro-utérin (étançonnage) ; 2° Laparotomie avec opération d'Alexander complémentaire (Polk). — *B*). Fixation normale (Raccourcissement des Ligaments Utérins) : 1° *Raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges* (Tait, Imlack); 2° *Raccourcissement intra-abdominal des ligaments utéro-sacrés* (Kelly, Frommel); 3° *Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. a.* Historique : Wylie, Ruggi, Bode, Polk, Dudley. *b.* Manuel opératoire : 1° méthode de raccourcissement par repliement (Wylie, Ruggi, Bode) (Description des différents procédés); 2° méthode de raccourcissement par coudure et soudure des ligaments ronds en avant de l'utérus (Polk) ; 3° méthode de raccourcissement par fixation de l'extrémité utérine des ligaments ronds sur l'utérus (Dudley et modification personnelle) ; 4° méthode de Doléris (hystéropexie avec raccourcissement direct des ligaments ronds). *c.* Étude des cas publiés et critique de la méthode : 1° cas publiés : *a*). Wylie ; *b*). Ruggi ; *c*). Dudley. 2° Critique des divers procédés et comparaison avec l'hystéropexie intra-péritonéale. — C. Fixation anormale : Hystéropexie vésicale (Werth).

Nous n'avons pas l'intention de comparer entre eux les divers modes de traitement préconisés contre les rétrodéviations utérines *en général;* nous désirons nous borner uniquement

à celles qui, seules, sont, à notre avis, justiciables de l'hystéropexie intra-péritonéale, c'est-à-dire aux cas *graves*. Voyons donc, parmi les interventions vaginales et sus-pubiennes que nous avons énumérées déjà (ch. I), celles qu'on a proposées pour obtenir la cure de ces Rétrodéviations *graves et douloureuses*.

A. — INTERVENTIONS PAR LA VOIE VAGINALE

A). *Pessaires*. — Avec certains de nos maîtres (Terrier, Trélat, etc.) et des gynécologistes étrangers (Wylie, etc.), nous n'admettons pas l'efficacité des pessaires dans ces cas *graves*. Si, par hasard, ils sont bien supportés, c'est qu'il s'agit de rétrodéviations *mobiles*, sans adhérences périutérines — partant à peine douloureuses, — cas dans lesquels les annexes sont ordinairement intactes. Mais alors une opération n'est point indiquée, les douleurs étant passagères et très modérées et le pessaire presque inutile lui-même.

Si, au contraire, il y a des adhérences, c'est-à-dire rétrodéviation fixée, les pessaires ne procurent jamais un soulagement durable. Ils ne peuvent même être supportés que fort rarement, alors même qu'il n'y a pas de lésions des annexes[1]. Certaines observations d'hystéropexie le démontrent nettement (Léopold, Cas V, entre autres). De plus, ils peuvent être très nuisibles en faisant éclater une nouvelle crise de cellulite pelvienne, une poussée aiguë dans des annexes enflammées chroniquement, etc., etc. Il faut donc en condamner l'emploi, d'une façon radicale, pour tous les cas de rétrodéviations *fixées et très douloureuses*.

B). *Opérations par la voie vaginale*. — Quant aux autres *opérations portant sur le vagin* ou se pratiquant dans son voisinage (voie vaginale) et que nous n'examinerons pas ici une à une (elles sont beaucoup trop nombreuses), nous répétons qu'elles sont toutes *impuissantes à guérir* les *rétrodéviations utérines graves*. La récente discussion à la *Société*

[1] Voir un grand nombre d'observations dans le Tableau II.

de Chirurgie a fait la preuve de ce que nous affirmons ; nous n'avons donc pas à y insister si nous ne voulons pas sortir de notre sujet[1], car quelques-unes d'entre elles ne sont guère indiquées que dans des cas particuliers (lésions du col) ou ne doivent être utilisées que comme opérations complémentaires.

B. — INTERVENTIONS PAR LA VOIE SUS-PUBIENNE

I. — MÉTHODE EXTRA-PÉRITONÉALE

1° Opération d'Alquié-Alexander.

Nous ne voulons pas non plus, et cela à dessein, comparer, dans cet article, l'*Hystéropexie* sus-pubienne (intra-péritonéale et ses diverses variétés) à l'opération d'Alquié-Alexander. Il s'agit là, en effet, de deux méthodes tout à fait différentes, puisque dans l'une on agit en connaissance de cause, tandis que dans l'autre on intervient à l'aveugle, au hasard.

De plus, si cette dernière opération rentre pour nous, comme pour bien d'autres, dans la série des interventions extrêmement bénignes, qu'on peut utiliser pour toutes les *rétro-déviations mobiles ;* si nous la croyons absolument insuffisante dans les formes de rétrodéviations adhérentes que nous avons plus spécialement en vue, nous pensons cependant, comme nous l'avons déjà dit, qu'elle doit être exclusivement réservée aux *seules rétroversions mobiles*.

Ne craignant point de passer pour radical, nous avons, en effet, montré plus haut qu'elle ne vaut rien ou que bien peu de chose pour les rétroflexions mobiles. Nous ne reviendrons donc pas sur ce sujet. D'ailleurs, on a déjà tant écrit sur l'Alquié-Alexander que nous nous bornons à renvoyer le lecteur aux divers travaux publiés. Qu'il les compare lui-

[1] Nous faisons entrer dans cette catégorie toutes les méthodes non sanglantes, le redressement de l'utérus, la rupture des adhérences sans laparotomie, y compris le massage par la méthode de Thure-Brandt, si à la mode aujourd'hui à l'étranger. — Schrœder a écrit depuis longtemps que l'hystéropexie est à peine plus dangereuse que le redressement de l'utérus de Schultze. Cf. Roland, thèse, p. 37. *Loc. cit.*

même aux documents que nous apportons ici sur l'hystéropexie.

Une telle méthode devait être défendue à tout prix, jadis, alors que l'ouverture du péritoine était tant à redouter, au même titre que l'*Hystéropexie extra-péritonéale* de Sims, Ganeva, Candela, Kelly, etc., procédé qui a plutôt l'air d'un tour d'adresse, qui n'aura plus bientôt, comme nous l'avons déjà avancé, qu'un intérêt historique, et dont nous avons d'ailleurs fait plus haut le procès. Mais aujourd'hui que le pronostic de la laparotomie aseptique est bénin, on ne doit plus hésiter, au moindre doute, à ouvrir l'abdomen pour savoir ce qu'il faut faire exactement dans les cas dont nous parlons.

En outre la laparotomie préalable a des avantages réels par elle-même. Elle permet, ce qui est souvent impossible en dehors d'elle, de porter un diagnostic précis pour les lésions des ovaires et des trompes, du cul-de-sac recto-utérin, lésions qui accompagnent presque toujours ou du moins très fréquemment les rétroflexions graves, adhérentes ou mobiles, comme le prolapsus de l'utérus. Par suite, on traite d'une façon radicale la maladie principale et ses complications ; et la besogne accomplie n'a pas été incomplète. Si l'on s'attarde à l'Alexander, en dehors des cas de rétroversions mobiles, on a bien des chances de faire une opération inutile.

Remarques. — Nous en dirons autant pour le *Procédé de Schücking* (de Pyrmont), qui n'a d'ailleurs aucune analogie avec celui d'Alexander[1]. Nous rejetons complètement ce procédé d'Hystéropexie vaginale, de même que l'opération — également purement vaginale — inventée récemment par M. le Dr Nicoletis (de Paris), préconisée par MM. Richelot et Debayle, sous le même nom d'Hystéropexie vaginale qu'elle ne mérite pas[2]. Dans tous ces procédés, on opère à l'aveugle,

[1] Voir, pour le Procédé de Schucking, ce que nous en avons dit à propos de l'Hystéropexie vagino-pubienne, au chapitre de l'Hystéropexie extra-péritonéale (*Manuel opératoire*, ch. III).

[2] L. G. Richelot. — *De l'Hystéropexie vaginale* ; in *Union médicale*, 17 décembre 1889, n° 151, p. 853 (avec figures). Voyez aussi P. Dumoret. *Du prolapsus utérin* ; in *Gazette des Hôpitaux. Loc. cit.*, p. 125

sans savoir ce que l'on fait, uniquement par peur du péritoine. En tous cas, on nous pardonnera de ne pas tenter la réfutation de l'opinion de M. Debayle, taxant de *téméraire* la conduite de ceux qui osent ouvrir l'abdomen pour corriger une rétrodéviation utérine (p. 83).

II. — MÉTHODES INTRA-ABDOMINALES

A.) OPÉRATIONS DE TRANSITION

1° Laparotomie avec drainage rétro-utérin.

(ÉTANÇONNAGE DE POLK)

Il ne faut pas oublier, par contre, qu'au moment où l'on commença à intervenir par la voie abdominale pour traiter es lésions des annexes et les déplacements utérins, quelques chirurgiens américains, n'ayant pas encore confiance dans la solidité des liens fibreux de nouvelle formation créés par l'hystéropexie, voulurent cependant utiliser la laparotomie dans le cas de rétrodéviations de l'utérus ; et, pour assurer à cet organe redressé une situation aussi rapprochée que possible de la normale, ils crurent devoir se borner à employer le *drainage rétro-utérin*, comme moyen de redressement et de soutien passager pour l'organe dévié.

De cette façon, pendant le séjour dans l'abdomen d'un drain allant du cul-de-sac de Douglas à la plaie sus-pubienne, de nouvelles adhérences se formaient; elles suffisaient pour maintenir ultérieurement l'utérus en bonne place. Cet Étançonnage [1] de l'utérus, employé déjà en Allemagne par Klotz, qui le combinait avec l'hystéropexie

(avec figures un peu différentes) ; et in *Congrès français de Chirurgie* (octobre 1885) et *Société de Chirurgie* (discussion, 11 décembre 1889, p. 765); une communication préalable de M. Richelot : *Sur le traitement des rétrodéviations utérines*; anal. in *Union médicale*, p. 701, 19 novembre 1889, n° 138. Enfin : L. H. Debayle. *De l'Hystéropexie vaginale*, thèse, Paris, 23 janvier 1890 (an. in *Bull. méd.*, n° 40, 18 mai 1890); et Hartmann (H.). *Ann. de Gyn.*, juin 1890, p. 443.

[1] Le mot est de M. Roux.

comme nous l'avons déjà vu, s'il a donné quelques résultats, n'a pas attiré la confiance des gynécologistes. Il est un peu prétentieux en effet de considérer un simple drain (quel qu'il soit, rigide ou mou) comme un tuteur capable de soutenir à lui seul l'utérus et de le maintenir redressé un temps suffisant pour qu'il se fixe dans une situation plus favorable. Pourtant M. Sims, vers 1886, avait, a-t-il dit dans la discussion qui suivit la communication de Polk [1] sur ce sujet à la *Société d'Obstétrique de New-York* en avril 1887, pratiqué avec succès ce drainage rétro-utérin dans un cas, mais après l'*ablation des annexes*. Mais c'est Polk qui, comme il l'a signalé dans la communication à laquelle nous venons de faire allusion, a le premier employé dans deux cas cet étançonnage utérin, *sans avoir*, par contre, au préalable, *enlevé les annexes;* le succès a aussi couronné ses efforts [2]. C'est donc bien lui qui doit être considéré comme le père de la *Laparotomie simple avec Etançonnage utérin.*

Quoi qu'il en soit, une telle manière de faire ne nous paraît être qu'une opération de transition ; elle semble avoir été comme commandée par les circonstances à des chirurgiens circonspects qui n'aimaient pas à s'aventurer trop légèrement dans la voie des innovations et qui n'avaient pas voulu arriver d'emblée à l'hystéropexie. Une telle manière de faire, pensons-nous, doit être consignée dans les annales de la science pour marquer les étapes successives des progrès de la gynécologie ; mais, cela nous semble évident, elle doit être rangée, dès maintenant, dans le domaine de l'histoire et disparaître totalement de la pratique chirurgicale. La fixation est par trop illusoire [3].

[1] Polk (W. M.).— *Laparotomy for adherent retroflexed or retroverted uterus.* Communication faite à la *Société d'Obstétrique* de New-York (séance du 19 avril 1887) ; analysée in *The American Journal of Obstetrics*, juin 1887, p. 630, n° 6. Discussion à laquelle prirent part Wylie, Lee, Hunter, Sims, Janvrin ; in *idem.*

[2] Sims enleva en même temps les annexes, ce que n'a pas fait Polk. Il y a là une nuance, qui en réalité est d'importance capitale. Voir au chapitre suivant la discussion des insuccès thérapeutiques partiels (insuccès orthopédiques) de l'Hystéropexie.

[3] Nous reviendrons plus loin sur cette manière de faire, ou plutôt

Il ne faut pas confondre ce procédé d'étançonnage pur et simple avec l'hystéropexie suivie de drainage (procédé de Klotz), procédé d'ailleurs trop complexe où l'étançon est un drain de verre. Nous avons dit plus haut pourquoi nous considérions ce drainage, surajouté à la fixation utérine, comme inutile et même dangereux, lors d'hystéropexie type, c'est-à-dire quand il n'y a pas ablation des annexes. Dans le procédé de Sims-Polk, il est de même scabreux de laisser ouverte une cavité péritonéale qui aurait pu être fermée d'emblée. Inutile de laisser presque grande ouverte une porte d'entrée que les germes septiques franchissent trop souvent, à la moindre faute dans le pansement post-opératoire, quand on peut faire mieux.

2° Laparotomie avec opération d'Alexander complémentaire (Polk).

Nous n'avons plus à rapprocher de l'hystéropexie, envisagée en tant qu'opération dirigée contre les rétrodéviations utérines graves qu'une classe d'opérations, presque inconnues en France à l'heure actuelle. Nous voulons parler du Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Utérins, après laparotomie exploratrice préalable. Mais, avant de voir en quoi elles consistent, nous tenons à mentionner une petite polémique qui fera connaître un procédé opératoire, véritable intermédiaire entre l'Alquié-Alexander classique et l'une des opérations nouvelles qu'il nous reste à décrire.

Dans un article paru dans son journal, P. Mundé [1] écrivit que Polk avait proposé et exécuté un *modus faciendi* nouveau consistant dans la combinaison de l'hystéropexie (Hysterorrhaphy) avec l'opération d'Alquié-Alexander. Mais Polk rec-

sur la méthode, très voisine, qui consiste à demander la cure des rétrodéviations utérines à la seule *Destruction des adhérences péri-utérines*, sans qu'il soit besoin de faire l'étançonnage de l'utérus, comme Sims et Polk. Autant nous pensons qu'on peut expérimenter ce dernier procédé (destruction simple des adhérences), autant nous croyons qu'on doit dès aujourd'hui préférer l'hystéropexie à la laparotomie suivi d'étançonnage ou de drainage pour le redressement de l'utérus.

1 *The american Journal of Obstetrics*, 1888, décembre.

tifia de suite, dans une réponse à Mundé, cette erreur d'interprétation. Non seulement Polk n'a jamais fait cette double opération, mais il ne se souvient pas d'avoir jamais recommandé une telle combinaison.

Ce qu'il a fait dans un cas de salpingite avec rétroflexion, une fois le ventre ouvert, ce fut, après destruction des adhérences périutérines, l'incision des trompes dilatées; puis il laissa dans le ventre les trompes avec les ovaires sains et termina par l'opération d'Alquié-Alexander classique, c'est-à-dire par le raccourcissement extra péritonéal des ligaments ronds pour des raisons qu'il ne rapporte pas; mais il y fut, paraît-il, forcé par les circonstances.

Evidemment cette combinaison [1] est possible, mais est-elle recommandable? Polk ne le croit pas, et, pour lui, ces deux procédés sont « deux routes conduisant au même chemin ». L'une d'elles est amplement suffisante; il est donc inutile de les prendre toutes les deux à la fois. L'important est de choisir, dès le début, la bonne. Nous sommes absolument de son avis et n'insistons pas davantage.

Voici d'ailleurs la traduction de cette opération de Polk, parue dans *The american Journal of Obstetrics* de juin 1887 [2].

OBSERVATION

(Polk, 1887.)

Laparotomie. Salpingotomie droite. Destruction des adhérences. Opération dA'lquié-Alexander. — Guérison.

M. F..., âgée de trente-trois ans, a eu sept enfants. Il y a six mois, elle fit une fausse couche qui fut suivie d'accidents inflammatoires dans le petit bassin. Depuis cette époque, menstruation très abondante et douloureuse; douleurs lombaires et constipation.

A l'examen, on trouve une *rétroflexion* très accentuée. Le fond de l'utérus est élargi et très sensible. Tout l'utérus est solidement fixé dans le cul-de-sac de Douglas. Points sensibles et douloureux dans la région des deux ligaments larges.

[1] Combinaison dont le procédé qui s'en rapproche le plus est celui de M. Doléris.

[2] Voir Polk. — *Loc. cit.*

L'opération fut faite au moment des règles. L'utérus était immobilisé en bas par des adhérences qui furent facilement détruites; on libéra des adhérences, qui les entouraient aussi, les ovaires et les trompes. Après avoir amené ces dernières au dehors, on les trouva dilatées et remplies de sang menstruel. Celle de droite était oblitérée.

En présence de MM. les D[rs] Fordyce-Barker et Harvie (de Dauville), la trompe droite oblitérée fut ouverte et les deux trompes lavées à l'eau chaude. On les réintroduisit ensuite dans la cavité abdominale en laissant en place les ovaires sains. Un tube à drainage d'Hégar fut placé immédiatement et la plaie abdominale suturée.

La malade ayant bien supporté l'opération les ligaments ronds furent ensuite raccourcis. Le temps nécessaire aux deux opérations combinées ne dépassa pas 50 minutes.

La convalescence fut régulière et à la fin de la huitième semaine la malade était guérie.

L'utérus était en position normale ; il n'y avait plus de point douloureux [1].

B.) FIXATION NORMALE

(Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Utérins.)

1° Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Utéro-sacrés. (Kelly-Frommel.)

Historique. — Le *Raccourcissement intraabdominal des Ligaments Utéro-sacrés* par la voie sus-pubienne, dont nous avons retracé, au chapitre premier, le court historique, n'a été exécuté que récemment par R. Frommel (d'Erlangen).

Schultze, au dire de cet auteur, a pourtant fait ressortir dès 1880 le rôle important joué par les ligaments utéro-sacrés dans la statique utérine et en particulier dans le maintien de l'utérus en place ; mais, malgré les recommandations déjà anciennes de Kelly et de Sænger — et peut-être les

[1] Dans un cas analogue, que Polk rapporte en même temps, il fit un Alquié-Alexander, mais deux semaines environ après la laparotomie ; cette observation n'a donc rien à voir avec celle qui précède, puisqu'il s'agit alors de deux opérations, successivement faites, à un assez long intervalle.

tentatives vaginales de Byford [1] — cette idée, d'après laquelle une rétrodéviation a souvent pour cause un relâchement de ces ligaments, était restée sans application pratique réelle jusqu'à Frommel. Ce chirurgien aurait donc obtenu le premier succès observé, dans le cas qu'il a cité au dernier Congrès gynécologique allemand de Fribourg. Voici en quelques mots cette observation [2].

OBSERVATION

(Frommel)

Rétroflexion utérine. — Opération de Frommel.

Laparotomie chez une femme atteinte de rétroflexion utérine. Les deux replis de Douglas sont traversés à l'aide d'une aiguille chargée d'un fil de catgut; puis cette ligature est fixée, de chaque côté, sur les parties latérales du bassin.

Malheureusement l'une des sutures manqua, par résorption trop rapide du catgut, au dire de Frommel. Mais l'autre ligament recto-utérin resta fixé à la paroi abdominale. Malgré un échec partiel (constatation du côté gauche de l'absence de fixation), l'utérus conserva la situation normale que lui avait fait récupérer l'opération. — Un an *après l'intervention*, l'utérus était toujours en place.

Manuel opératoire. — Dans son récent article du *Cent. f. Gyn.*, Frommel, tenant compte des remarques faites à propos de sa première observation, décrit avec plus de détails le procédé qu'il recommande désormais pour réaliser, de la façon la plus efficace, la tension des ligaments utéro-sacrés. Son opération, qu'il continue toujours à considérer comme une fixation des replis de Douglas aux parois abdominales, n'est en réalité qu'un Raccourcissement par *coudure*, à con-

[1] Nous regrettons beaucoup de n'avoir pu nous procurer le travail de cet auteur. Byford (*Diseases of women*, dernière édition) aurait fait plusieurs opérations analogues à celle de Frommel, au dire du *The am. J. of. the med. Sc.* (analyse citée ci-dessous).

[2] Frommel. — *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynæk.* (Fribourg, 3e Congrès), 1890, p. 388; et *Centr. f. Gyn.*, n° 6, 8 février 1890, p. 94 (An. in *The american J. of the med. Sc.*, mai 1890, n° 5 (à voir); in *Ann. de Gyn.*, mai 1890, p. 399; in *Ann.*, *et Bull. Soc. Méd. Gand*, p. 86, mars 1890; in *Journal d'Acc.*, 30 mai 1890, n° 10, p. 116; et in *Rev. gén. de Cl. et Th.*, n° 25, 18 juin 1890, p. 401.).

cavité interne; la fixation du sommet du pli aux parois latérales du bassin ne fait que maintenir permanente la coudure, plus ou moins marquée, de ces ligaments recto-utérins. Malheureusement, comme nous l'avons déjà fait remarquer, la description donnée par Frommel n'est pas très claire et nous avons dû la schématiser un peu pour la rendre compréhensible. Voici comment il procède.

L'opération doit être pratiquée sur une table d'opérations qui permet d'utiliser la manœuvre de Trendelenbourg[1], recommandée par Freund (1878) et par Veit, artifice employé aussi par Assaky, etc., dans l'hystéropexie extra-péritonéale. Cette manœuvre consiste à soulever fortement le bassin et à le maintenir très élévé pendant la fixation ; de cette façon toute la masse intestinale abandonne le [pelvis, où l'on peut travailler à l'aise.

L'utérus est alors complètement débarrassé des fausses membranes qui l'entourent et attiré fortement en avant, de façon à dégager les ligaments utéro-sacrés.

Puis ces ligaments sont traversés près de leur insertion sur l'utérus avec une aiguille chargée d'un fil de soie ou d'un crin de Florence ; le fil à suture est alors fixé, de chaque côté, au péritoine des parties latérales du petit bassin. La traction exercée sur les ligaments les coude notablement et diminue leur longueur. Par suite, le col de l'utérus est attiré en arrière et son fond porté en avant, par un mouvement de bascule. Le point de la fixation à la paroi pelvienne doit varier de hauteur suivant le degré de relâchement des ligaments utéro-sacrés.

Appréciation. — Frommel fait remarquer que son procédé a l'avantage de laisser l'utérus libre dans la cavité abdominale et de permettre à la vessie *de se remplir* sans inconvénient, dans les conditions habituelles.

Ce n'est pas discutable ; mais nous sommes moins convaincu quand il affirme qu'en procédant ainsi il ne substitue pas un déplacement utérin à un autre, comme le

[1] Voir in *C. f. Gyn.*, n° 20, 1890, p. 373, le dessin de la table employée par Trendelenbourg, et lettre de Veit, in *Arch. de Toc.*, n° 5, mai 1890, p. 330.

fait, dit-il, l'hystéropexie. En réalité la substitution a lieu, dans une certaine mesure, dans une méthode comme dans l'autre. Dans les deux cas, en effet, l'utérus est porté en avant, ce qui n'a d'ailleurs que des avantages, quoi qu'en pense Frommel, car l'utérus normal est toujours en antéversion légère. Ce qui diffère seul, c'est le procédé servant à maintenir l'antéversion. Dans l'hystéropexie, c'est la création de ligaments antérieurs ; dans l'opération de Frommel, c'est la tension, c'est-à-dire un véritable raccourcissement, des ligaments utéro-sacrés trop distendus. Nous restons persuadé que pour les cas graves, alors même qu'il y a tendance au prolapsus, ce simple raccourcissement est un moyen trop précaire, pour des raisons que nous développerons bientôt quand nous traiterons du raccourcissement des ligaments ronds.

D'ailleurs, nous voulons bien admettre que ce raccourcissement des ligaments utéro-sacrés donne des résultats suffisants dans les *rétroversions* mobiles, ou même adhérentes, puisqu'on prend la peine, au préalable, de libérer l'utérus. Mais nous ne comprenons pas très bien comment il peut agir, — en dehors du fait de la libération de l'utérus, — dans le cas de *rétroflexions* vraies et adhérentes ; et pourtant Frommel semble le préconiser dans ces cas-là surtout, si l'on en croit le titre de son mémoire du *C. f. Gyn.* Comment veut-il, en fixant simplement les replis de Douglas aux parois latérales du bassin, défléchir ou maintenir défléchi un utérus qui a la plus grande tendance à rester courbé ou à se courber de nouveau en arrière[1]. Aussi nous ne

[1] L'opération de Frommel, fixation normale sus-pubienne, pourrait peut-être, a-t-on dit, s'appliquer au prolapsus utérin, d'autant que l'opération de Freund (*Hystéropexie vaginale postérieure*) qui se propose d'atteindre le même but par une voie différente (fixation anormale vaginale) a déjà donné quelques résultats dans cette affection. Mais on peut faire à ce raccourcissement des ligaments utéro-sacrés pour prolapsus les mêmes objections que nous formulerons plus loin contre le Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. En effet, on aurait à raccourcir dans ces cas des ligaments malades, étirés, peu résistants, parfois fort allongés. Dans de telles conditions la fixation anormale, artificielle, nous semblerait préférable et plus sûre, à condition, toutefois, de faire l'opération de Freund par la voie sus-pubienne, comme nous l'avons déjà indiqué (ch. I).

croyons guère à l'avenir de son opération dans les cas de ce genre et préférons-nous maintenir l'antéversion de l'utérus, après l'avoir défléchi, à l'aide de liens fibreux antérieurs.

2° Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Larges (Tait-Imlack).

Historique. — *Le Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Larges* ne nous est guère connu que par ce qu'en a dit Polk [1]. D'après cet auteur, cette opération aurait été exécutée, au cours d'interventions diverses en Angleterre, par Tait et Imlack. Ajoutons toutefois qu'elle avait été conçue aussi par M. Terrier [2], qui ignorait les essais des chirurgiens anglais. Mais M. Terrier n'a jamais mis ce procédé à exécution de parti pris ; pourtant il pense que dans certaines lésions il pourrait peut-être donner quelques résultats. En tous cas il est à tenter.

Indication et valeur du procédé. — A notre avis, cette opération, dont nous ne connaissons pas encore d'observation détaillée, et sur laquelle nous n'avons guère que les renseignements peu précis fournis par le gynécologiste américain, ne devrait être entreprise que pour des cas de rétroflexions légères ou mieux lors de *rétroversion*. Bien entendu, l'utérus devrait avoir été mobilisé au préalable. C'est tout ce qu'on peut dire des indications aujourd'hui ; l'avenir seul montrera ce qu'une telle intervention peut donner. Nous tenons cependant à ajouter qu'on peut parfaitement la tenter sans inconvénient, en suivant sinon le manuel opératoire de Tait [3], du moins celui d'Imlack. Ce sera d'ailleurs

[1] Polk. — *Observations upon the surgical traitment of retroversions and retroflexions;* in *Transactions of the american gynecological Society*, vol. XIV, année 1889, p. 250. Philadelphie, Dornan.

[2] Communication orale.

[3] Ce qui montre bien que le Raccourcissement des Ligaments Larges n'est pas une méthode qui doive être recommandée au moins dans les Rétroflexions, ce sont les deux échecs de Hall (Cas I et II, T. I), qui tenta deux fois, avant d'en être réduit à faire l'Hystéropexie, de raccourcir ces ligaments par la méthode de Tait.

le seul moyen de se rendre bien compte de sa valeur intrinsèque.

Voici à quoi d'ailleurs se bornent nos données sur ce point; nous les empruntons à Polk et à la thèse de Vallin [1].

Manuel opératoire. — a). *Le Procédé de Tait* consiste dans le *plissement de la partie supérieure et interne du ligament large*, en comprenant dans l'anse de fil destinée à faire ce plissement *l'extrémité utérine du ligament rond*. De la sorte on raccourcit, dans une certaine mesure, ce dernier ligament, si bien que le redressement de l'utérus s'obtient en réalité ici par la combinaison du raccourcissement de deux ligaments : ligament large et ligament rond.

D'après Polk, qui cite Tait[2], ce procédé aurait été employé depuis quelques années par des chirurgiens américains dans un grand nombre d'ablations d'annexes. On y aurait eu recours, sans trop se douter de ce qu'on faisait, toutes les fois que, dans une laparotomie pour lésions des ovaires et des trompes on trouvait en même temps une rétrodéviation. L'anse de fil qui sert à faire la ligature doit passer, si l'on fait en même temps la castration, non pas comme dans l'autre opération, dite de Tait (*Salpingectomie* ou véritable *Opération de Tait*), entre le ligament rond et la trompe, mais *au-dessous de ce ligament rond*, de façon à ce qu'une partie plus ou moins longue de ce ligament soit comprise dans le pédicule des annexes.

Polk a raison en somme d'ajouter qu'il s'agit là plutôt d'une variété de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds que des ligaments larges : on simule seulement un raccourcissement de ces ligaments. En tous cas, c'est un procédé qui est nettement intermédiaire entre celui d'Imlack et ceux qui ont reçu le nom de *Raccourcissement intra-péritonéal proprement dit des Ligaments Ronds*, et que nous étudierons avec soin dans un paragraphe ultérieur.

b). — *Le Procédé d'Imlack* consiste au contraire dans le

[1] Vallin. — *Situation et prolapsus des ovaires*. Thèse, Paris, 1887.

[2] Nous n'avons pu retrouver l'article où Tait s'occupe spécialement de cette question.

plissement[1] *du bord externe du ligament large*, à l'exclusion du ligament rond qui reste hors de cause. C'est là le *Raccourcissement proprement dit des Ligaments Larges*. Polk précise davantage et dit : M. Imlack opère en agissant sur le *ligament infundibulo-pelvien*. Il ajoute d'ailleurs que cette méthode semble avoir été abandonnée, probablement à cause de la grande difficulté qu'il y a à atteindre l'extrémité pelvienne du ligament large.

Appréciation. — Nous croyons sans peine à la difficulté d'exécution de ce procédé qui est cependant logique. Nous n'insisterions pas sur cette difficulté, bien mise déjà en relief par Vallin, si ce dernier auteur qui a pu, à ce qu'il semble, consulter le travail d'Imlack[2], ne nous apprenait pas qu'en réalité le chirurgien de Liverpool a surtout imaginé cette opération pour traiter le prolapsus des ovaires (Il lui a donné le nom d'*Oophorrhaphie*[3]), plutôt qu'il ne l'avait conçue pour raccourcir des ligaments larges, ce qui est plus délicat à n'en pas douter. On trouvera dans la thèse de notre ancien collègue[4] la description du procédé qu'Imlack a employé pour guérir 14 cas de prolapsus des ovaires. Nous ne pouvons nous y arrêter davantage, car nous ne sachions pas que jamais personne l'ait employé pour traiter de parti pris une rétrodéviation utérine.

Considérations générales sur le Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments larges et utéro-sacrés. — Kelly a

[1] L'expression anglaise, que nous traduisons par « plissement », est bien plus pittoresque que le terme français et fait mieux comprendre ce procédé opératoire ; malheureusement nous n'avons pas dans notre langue de mot qui la rende exactement. Polk emploie en effet le terme : « Reefing », terme de marine bien connu qui veut dire : « Prendre un ris dans une voile. » L'opération consiste donc à prendre un ou plusieurs ris dans les ligaments larges, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à un voile verticalement tendu dans le petit bassin.

[2] Imlack (Liverpool). — *On the treatment of prolapsed ovaries by oophorrhaphy*. Communication du 4 novembre 1885 à la *Société Brit. de Gyn. de Londres ;* in *Brit. Gynæcol. Journal*, Londres, 1885-1886. I, 375-386. (Article introuvable à Paris.)

[3] Ce mot devrait peut-être faire place au terme d'*Oophoropexie*, plus exact, comme nous l'avons déjà fait remarquer.

[4] Voir p. 164.

essayé, dans plusieurs mémoires dont le plus récent et le plus clair a paru en janvier dernier, de démontrer, après bien d'autres, que les causes pathogéniques principales des déplacements en arrière de l'utérus pouvaient se réduire à deux : 1° modifications dans le plan de soutien des organes génitaux : *affaiblissement du plancher pelvien ;* 2° relâchement des ligaments suspenseurs de l'utérus : a) *relâchement des ligaments utéro-sacrés*, qui s'accompagnent d'un peu de prolapsus ; b) *relâchement des ligaments larges*.

A supposer mathématiquement exactes ces données théoriques, pour remédier d'une façon véritablement scientifique à ces déplacements, il faudrait :

1° Dans le premier cas, reconstituer d'abord le périnée, si l'affection n'était qu'au début, et recourir à la fixation de l'utérus si l'affection était plus avancée déjà (cas graves), car alors les ligaments suspenseurs sont aussi relâchés. Cette fixation pourrait être anormale (hystéropexie vraie) ou normale. Si on croyait la fixation normale préférable, on ferait le Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés (opération de Frommel) ou des ligaments larges (opération d'Imlack), suivant que le relâchement porterait sur les uns ou les autres de ces ligaments.

2° Dans le deuxième cas, si la lésion primitive était le relâchement des ligaments utéro-sacrés, il faudrait soit faire l'opération de Frommel (cas graves), soit se borner à l'emploi de tampons et pessaires (cas légers) (Kelly).

3° Dans le troisième cas, où le relâchement des ligaments larges est la cause de la déviation utérine, on devrait recourir soit à l'opération d'Imlack, soit à l'hystéropexie vraie.

Malheureusement tout cela est de la théorie pure ; et, en face d'une malade, atteinte d'une *rétrodéviation grave*, il est dans l'extrême majorité des cas tout à fait impossible, même le ventre ouvert, de diagnostiquer ainsi quels sont les ligaments relâchés et surtout quelle est la cause pathogénique primordiale (plancher pelvien, ligaments utéro-sacrés ou ligaments larges). Et dans l'état actuel de nos connaissances gynécologiques, si l'on veut intervenir, en mettant toutes les chances de guérison de son côté, il

semble qu'il faille s'adresser plutôt à l'hystéropexie, procédé le plus sûr et le plus fidèle, car les opérations d'Imlack et de Frommel ont besoin d'être soumises à l'épreuve des faits.

Etant donné les idées théoriques que nous venons d'exposer et d'après lesquelles les ligaments ronds, au dire des gynécologistes modernes, ne joueraient qu'un rôle accessoire dans la statique utérine, comment se fait-il que récemment on ait tenté à nouveau de faire revivre le raccourcissement de ces ligaments, en l'exécutant dans l'abdomen ? La réponse, qui peut paraître difficile à donner, est pourtant simple. C'est qu'en réalité, on tend à accorder trop d'importance ces temps-ci au relâchement des ligaments larges et utéro-sacrés, au moins dans les Rétroflexions. Et les succès réels, obtenus par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds qu'il nous reste à décrire, viennent justifier dans une certaine mesure la restriction que nous venons de formuler.

3° Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Ronds.

C'est maintenant le lieu de faire, en quelques pages, l'étude de cette nouvelle opération, le *Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Ronds*, qu'on a proposée empiriquement ces temps derniers avec plus d'instance encore que les deux précédentes, dans le but de détrôner l'hystéropexie.

Un des premiers promoteurs de ce procédé l'appelle Fixation *normale* de l'utérus, par opposition à l'hystéropexie, qu'il traite avec dédain de fixation *anormale*. Bode a sûrement raison dans la question de mots ; mais, jusqu'ici, rien n'a encore prouvé que, thérapeutiquement parlant, la fixation anormale ne valait pas la fixation de l'utérus exécutée sans créer de ligaments nouveaux et en utilisant les soutiens dits normaux de l'utérus, au préalable altérés.

La création de cette opération est la conséquence évidente des nombreux échecs obtenus avec l'Alquié-Alexander dans les cas de rétrodéviations utérines fortement adhérentes et de

l'innocuité avérée de toute laparotomie aseptique. Pour arriver à la concevoir, on pouvait passer, comme intermédiaire, à l'exemple de Polk, par l'opération qu'il exécuta en 1887 et que nous avons résumée plus haut, à savoir : terminer un Alexander, impossible à exécuter le ventre fermé, après libération de l'utérus, par la laparotomie. Mais G. Wylie, qui paraît être l'inventeur américain de cette méthode de fixation utérine, en a d'un seul coup conçu le plan. Après avoir reconnu de bonne heure, avec le grand sens pratique de la plupart des gynécologistes d'outre-mer, la nécessité de l'ouverture du ventre pour la destruction des adhérences, il comprit de suite qu'il pouvait terminer son opération par une sorte d'Alexander intra-abdominal, sans s'attarder, comme Polk, à revenir à l'Alexander classique, puisque la laparotomie était déjà faite.

A. — HISTORIQUE

Comme pour toute intervention nouvelle, plusieurs chirurgiens, dès le début, en réclamèrent à la fois la paternité. Ce furent MM. G. Wylie (de New-Nork), Guiseppe Ruggi (de Bologne) et même Bode (de Dresde). Wylie raconte en outre, dans un récent article, qu'il a eu un imitateur, sans le savoir, dans son propre pays, M. Baer (de Philadelphie) ; ce dernier aurait exécuté la même opération sans connaître les travaux de Wylie.

Voyons d'abord si réellement le mérite de la priorité revient bien, comme nous le disions à l'instant, au gynécologiste américain. G. Wylie, dans le premier article qu'il a publié sur ce sujet[1], affirme qu'il pratiqua cette opération en 1886 ; et ce cas se rapporte évidemment à un raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, fait de *parti pris*, dans le but de remédier d'emblée à une rétrodéviation utérine. Il confirme, plus tard, cette interprétation dans un mémoire publié en 1889 [2], mais il ajoute que, depuis cinq à

[1] Gill Wylie. — *Nouvelle opération pour la Rétrodéviation;* in *Pittsburg medical Review*, juillet 1888, p. 161.

[2] Gill Wylie. — *Surgical treatment of retroversion of the uterus*

six ans, c'est-à-dire depuis 1883 ou 1884, il a employé ce procédé, au moins comme opération complémentaire de salpingo-oophorectomies[1].

Pour Ruggi[2], la lecture de son consciencieux travail, publié après la première note de Wylie, montre que ce n'est peut-être pas lui, qui, le premier, a conçu ce procédé de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, sa première intervention ne datant que de la fin de 1886 (19 octobre 1886).

Cependant, comme il ignorait ce que faisait Wylie en Amérique, il n'est pas douteux que Ruggi a eu la même idée et qu'il a le droit de revendiquer, dans une certaine mesure, la paternité du manuel opératoire et de l'opération qu'il mit à exécution de parti pris contre une rétrodéviation.

On doit donc considérer ces deux chirurgiens comme les promoteurs de cette nouvelle facon de fixer l'utérus. (Opération de Wylie-Ruggi.) Tant qu'à Bode[3], nous ne supposons pas qu'après cet exposé il élève encore la moindre prétention, puisque sa première communication sur ce sujet date de 1889 et que sa première opération ne remonte qu'au

with adhesions with new method of shortening the round ligaments; in *The american Journal of Obstetrics*, mai 1889, p. 478 (avec plusieurs figures). — Analysé in *Medical Record*, 30 mars 1889, p. 360 (analyse reproduite in *Centr. für Gynækol.*, n° 38, 1889), et en outre in *C. f. Gyn.*, n° 5, 1890, p. 85.

[1] G. Wylie. — *Retroversion wit adhesions; cystic ovary*; *laparotomy*. Communication à la *Société obstétricale de New-York*, (séance du 5 février 1889); analysée in *The american Journal of Obstetrics*, juillet 1889, pages 760-762. L'article de ce journal a été analysé sous le titre : *Chirurgische Behandlung der fixirten Retroversio-Uteri und eine neue Methode, die Ligamenta rotunda zu kurzen von Gill Wylie;* in *Deut. Med. Zeitung*, 20 février 1890, p. 175.

[2] Guiseppe Ruggi.— *Sulla cura endo-abdominale de alcuni spostamenti uterini;* in *Bulletino delle scienze mediche della Societa medico-chirurgica de Bologna*, année LIX, série VI, vol. XXII, 1888, 1re et 3e fasc., p. 30 (avec de nombreuses figures).— Analysé sous le titre : *Upon the intraabdominal treatment of displacements of the uterus;* in *Annals of Surgery*, janvier 1890, p. 77.

[3] Bode.— *Centrablatt für Gynækol.*, n°3, 10 janvier 1889 et n° 11, 1890. Traduction in *Gazette de Gynécologie*, 1889 et *Répertoire universel d'Obstétrique et Gynécologie*, p. 218, 15 mai 1889, n° 14 (Supplément aux *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*).

10 mai 1888. Dans un récent article enfin, Micheli[1] a fait ressortir les avantages de la méthode de Ruggi, appliquée au traitement des rétroflexions utérines.

Les auteurs dont nous venons de parler jusqu'à présent ont tous préconisé, dans leurs travaux, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, en faisant une sorte d'anse, un pli à ce ligament et en assujettisant ce pli de façon à diminuer, de la quantité voulue, les ligaments allongés. Pour cette raison, ce procédé a reçu de Polk le nom de *raccourcissement par repliement intra-abdominal*. Mais Polk lui-même pratique cette opération du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds d'une façon toute particulière. Il a décrit récemment sa manière de faire[2], qui n'a rien à voir d'ailleurs avec l'opération de nécessité qu'il exécuta en 1887 et que nous avons cru devoir signaler plus haut (Alexander après laparotomie).

D'autre part, il y a quelques mois à peine, Dudley faisait connaître à l'Académie de médecine de New-York[3] un autre mode assez original de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Plus complexe que les précédents, il a la prétention d'être plus efficace. Nous nous bornerons à ébaucher la description du manuel opératoire, car nous ne le

[1] Micheli (E.).— *Interno alla cura della retroflexione de l'utero ed ai resultati obtenutti col processo del Ruggi;* in *Riforma Medica*, Rome, 8 et 9 janvier 1889, vol. 32-38. Analysé in *Revue des Sciences Médicales*, 15 juillet 1889, n° 67, p. 156 (G. Thibierge). Il nous a été impossible de nous procurer à Paris l'artiele de Mieheli.

[2] Polk. — *The surgical treatment of posterior displacements of the uterus.* Communication à la *Société américaine de Gynécologie* (*Congrès de Boston*), séanee du 18 septembre 1889; analysée in *The american Journal of Obstetrics*, oetobre 1889, p. 1066, et publiée *in-extenso*, sous le titre : *Observations upon the surgical treatment of retroversions and Rétroflexions;* in *Transactions of the american gynecological Society*, 1889, vol. XIX, p. 250.

[3] Dudley. — *Hysterorrhaphy; a new methode.* Communieation à la seetion d'Obstétrique et de Gynéeologie de l'*Académie de médecine* de New-York, le 26 décembre 1889. Analysée in *Medical Record*, 1er février 1890, n° 5, p. 136. Il faut consulter aussi, pour avoir toute la discussion qui a suivi eette eommunieation : *New operation for displacements of the uterus;* in *The New-York medical Journal*, 25 janvier 1890, p 102, n° 4. — Analysé in *Rivista di Ostetricia e Ginec.*, par Pestalozza, 15 février 1890, n° 3, 1re année, p. 45.

connaissons que d'après les comptes rendus assez obscurs et trop écourtés des journaux américains. Jusqu'ici, en effet, Dudley n'a pas publié, d'une manière détaillée, sa manière de procéder. De plus, un travail important, dû à Frank[1], a paru en Amérique, à la fin de 1889, sur cette question du raccourcissement des ligaments ronds par la laparotomie. Malheureusement nous n'avons pu nous procurer à Paris le journal où il a paru.

Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, le deuxième temps de l'hystéropexie recommandée par M. Doléris constitue une quatrième manière de raccourcir ces mêmes ligaments. Il est vrai toutefois qu'il ne s'agit plus ici des ligaments ronds seuls, puisque M. Doléris, pour renforcer la fixation obtenue par l'hystéropexie Czerny-Terrier, forme un pédicule qui comprend, outre les ligaments ronds coudés, les trompes de Fallope. Ce pédicule, fixé dans la plaie abdominale, contribue, par ce fait, à soutenir l'utérus en dehors des fils fixateurs placés sur cet organe lui-même.

Il résulte de ce court historique qu'au point de vue du manuel opératoire, nous avons à décrire quatre procédés principaux de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds :

1° La *Méthode de Wylie-Ruggi* (Wylie, Ruggi, Bode) ;

2° La *Méthode de Polk* ;

3° La *Méthode de Dudley*, avec la modification que nous proposons ;

4° La *Méthode de Doléris*.

B. — MANUEL OPÉRATOIRE

Nous n'insisterons ici, on le comprend, que sur la façon d'exécuter ce raccourcissement intra-abdominal des ligaments, renvoyant pour les autres détails de l'opération à ce qui a

[1] Frank (J.). — *Shortening of the rond ligaments by laparatomy* ; in *Ann. Gynocol.*, Boston, 1880-90, p. 17-19 ; et in *West. M. Reporter*. Chicago, 1887, XI, p. 255.

trait à la *laparotomie* et surtout à la *destruction des adhérences*, étudiées déjà à propos de l'hystéropexie.

Voyons donc successivement en quoi consiste exactement les quatre procédés que nous venons de signaler.

I. — Procédé de Raccourcissement par Repliement de chacun des ligaments ronds.

(*Méthode de Wylie, Ruggi, Bode.*)

Le *Repliement des Ligaments Ronds en dehors*[1] a été employé par les trois chirurgiens Wylie, Ruggi et Bode. Mais, comme chacun d'eux a une manière spéciale de procéder, non seulement pour l'assujettissement du repli ligamenteux qu'ils fixent à l'aide de sutures variées, mais encore dans la façon de disposer l'opération, nous allons résumer brièvement le manuel opératoire de ces trois opérateurs.



Fig. XIX. — Raccourcissement des ligaments ronds par la méthode du repliement.

(*Procédé de Wylie.*)

On voit de chaque côté les deux ligaments repliés et ces replis suturés. (Figure extraite du mémoire de Wylie.)

1° *Procédé de Wylie.* — La laparotomie faite et les adhérences périutérines complètement détachées quand elles existent (nous supposons les trompes et les ovaires sains), Wylie

[1] Nous disons *en dehors* à dessein, pour spécifier que le sommet de l'angle du repli est *externe* par rapport à l'axe du bassin ; autrement dit que le sinus de l'angle est *interne*.

saisit un des ligaments ronds avec une pince à pression, environ en son milieu, à égale distance de la corne utérine et du pubis. Cela fait, il l'attire en dehors par la plaie abdominale, puis avive, en grattant le péritoine qui la recouvre, la *face interne du pli* formé en soulevant le ligament.

Il reste à placer les sutures destinées à assurer la persistance du pli et à déterminer l'accolement des deux parties de l'anse ligamenteuse. Pour ce faire, Wylie applique trois solides ligatures de soie autour du pli formé, en faisant passer l'aiguille à travers le ligament, de façon à comprendre, dans l'anse de fil, le plus de ligament rond possible. Ces ligatures doivent être faites avec soin ; mais il faut prendre garde, en serrant trop fort les sutures, de sectionner les parties qu'on veut accoler.

De cette manière le raccourcissement est d'environ 2 à 3 pouces et demi. Dans quelques cas, Wylie complète les igatures par plusieurs petits points de suture, de façon à lassurer un affrontement plus parfait des surfaces avivées.

Lorsqu'on en a fait autant de l'autre côté, on obtient le résultat qui est représenté sur la figure que nous reproduisons ici et qui est emprunté au mémoire de Wylie (*Fig.* XIX). On n'a plus qu'à refermer la plaie abdominale. Wylie met ensuite un pessaire d'Alberth Smith dans le vagin.

L'opération est facile et, ajoute son promoteur, si les sutures ne sont pas placées assez profondément pour léser la vessie ou porter sur les uretères (il faudrait sans doute être assez inexpérimenté pour commettre pareille méprise !), elle est aussi exempte de danger qu'une laparotomie exploratrice : ce qui n'est pas contestable.

2° *Procédé de Ruggi*. — Ruggi recommande tout d'abord de placer la malade dans une certaine position, de choisir une salle d'opérations très bien éclairée par le haut. Il se sert d'un lit spécial qu'il s'est donné la peine de faire figurer dans son mémoire[1]. De cette façon il trouve la région, au milieu de laquelle il doit faire ses sutures, débarrassée de la masse

[1] Sa table d'opérations est, on le devine, fort analogue à celle de Trendelenbourg.

de l'intestin grêle, refoulée vers le diaphragme. Cette position, qui n'a rien de particulier, est utilisée, on le sait, par beaucoup de gynécologistes étrangers.

Le ventre étant ouvert, Ruggi va à la recherche du fond de l'utérus dans le petit bassin et détruit les adhérences.

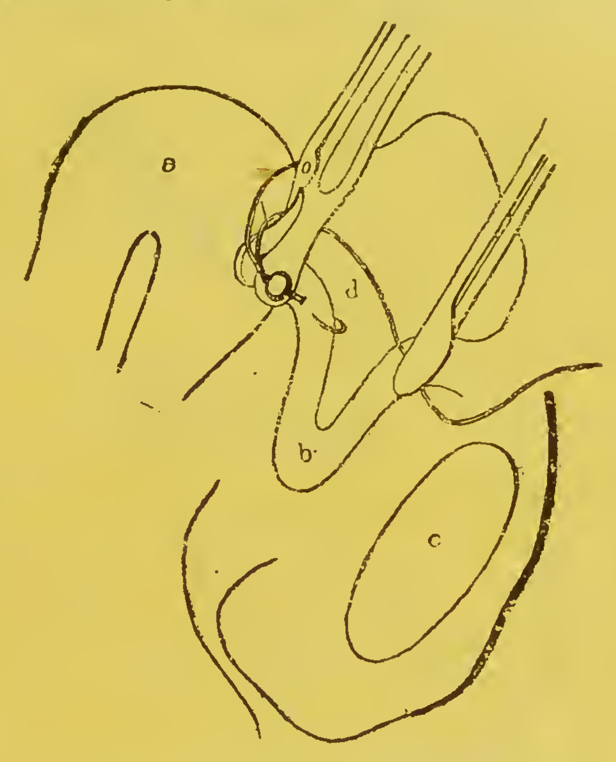


Fig. XX. — Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Ronds par la méthode du repliement.
(*Procédé de Ruggi.*)
Manière de former l'anse.
a, utérus ; — *c*, pubis ; — *b*, sommet du pli ; — *d*, extrémité utérine du pli du ligament rond.
On voit, sur la figure, la façon dont on commence la suture, le fil étant fixé déjà.
(Figure extraite du mémoire de Ruggi.)

Parfois dans les cas difficiles, lorsque l'utérus est trop bien fixé, il s'efforce avec une main de le soulever par le vagin ; il favorise ainsi le dégagement de son fond. Cette manœuvre nous paraît plus nuisible, au point de vue de l'asepsie pendant l'opération, qu'utile pour aider le redressement de rétrodéviation, à moins qu'elle ne soit exécutée par un aide

spécial. Nous n'insistons pas; car dans tout ceci il ne s'agit que de la destruction des adhérences, comme dans toute hystéropexie.

L'utérus étant redressé et replacé dans sa position normale, c'est-à-dire en légère antéversion, on procède au *raccourcissement des ligaments ronds* dans la cavité abdo-

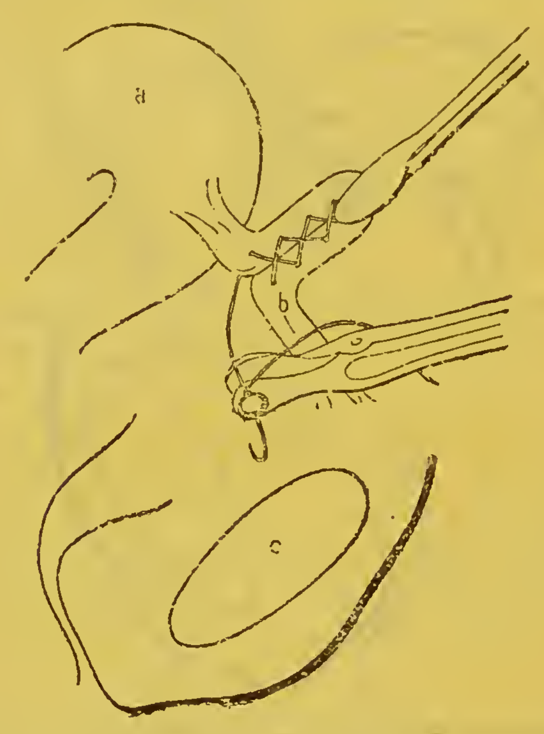


Fig. XXI. — Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Ronds. (*Procédé de Ruggi.*)
Repliement terminé.
a, utérus; — *c*, pubis; — *b*, anse repliée. — On voit sur la figure la façon dont est faite la suture (suture du pelletier double).
(Figure extraite du mémoire de Ruggi.)

minale. Les figures que nous reproduisons ici montrent bien, d'une façon schématique il est vrai, la façon dont opère Ruggi; elles sont extraites de son très important mémoire.

On prend une aiguille courbe armée d'un fort catgut et montée sur un porte-aiguille; on lui fait traverser le ligament rond à très peu de distance de son entrée dans le canal inguinal et sur le repli péritonéal qui l'entoure. A l'extrémité non enfilée de ce catgut, on pratique un nœud solide, destiné

à l'empêcher de sortir de l'orifice (*Fig.* XX, à droite de *b*) où il vient d'être passé, à la façon des couturières qui commencent un surjet. Puis, on enfonce la même aiguille dans le ligament rond du même côté, tout près de son extrémité utérine (en *d*, *Fig.* XX). Rapprochant alors les deux parties du ligament traversé par le fil, on détermine le repliement de ce ligament en *b*,) même figure). On a donc ainsi raccourci le ligament rond d'une quantité égale à 2 *bd*. Il reste à terminer la suture pour maintenir les deux parties repliées en contact. On l'exécute, comme cela est représenté par la Figure XXI, c'est-à-dire à l'aide d'une suture en surjet double (suture du pelletier). Puis on répète la même manœuvre sur le ligament rond du côté opposé.

On termine l'opération comme une laparotomie ordinaire.

Micheli recommande avec chaleur le procédé de Ruggi, qui ne diffère en somme de celui de Wylie que par la *façon de suturer l'anse ligamenteuse* et par l'étendue du pli. Mais les dimensions de ce dernier doivent sans doute être en rapport avec le degré de la rétrodéviation.

3° *Procédé de Bode*. — Bode procède un peu différemment pour la suture. « D'un côté, puis de l'autre, il prend du ligament rond, *à partir de l'utérus*, autant qu'il en faut pour le raccourcir de la quantité nécessaire. Il relève ensuite ce ligament, lui fait un pli et, au point de traction, passe un fil, entourant presque en entier ce ligament. Ce fil est noué une première fois, puis il *traverse la corne utérine adjacente*. On noue facilement les deux chefs, après avoir raccourci le ligament rond jusqu'à le tendre. Le fond de la matrice se trouve aussi maintenu en antéflexion aussi accentuée qu'il le faut. »

On voit que Bode, après avoir fait une *anse sur l'extrémité utérine* du ligament, consolide cette anse à l'aide d'un fil qu'il va fixer ensuite à l'angle de l'utérus. Ce procédé, dont la description est incomplète dans le *Cent. für Gyn.* auquel nous l'empruntons, aurait besoin d'être représenté à l'aide d'un dessin schématique pour être facilement et exactement compris.

II. — Procédé de Raccourcissement par Coudure et Soudure des ligaments ronds en avant de l'utérus.

(*Méthode de Polk.*)

La façon dont Polk arrive à raccourcir les ligaments ronds au cours d'une laparotomie est absolument différente des procédés décrits précédemment. Il diminue leur longueur en déterminant, lui aussi, la formation d'un *coude*, c'est-à-dire d'un repli sur chacun d'eux ; mais la manière dont il assure le maintien de ce coude, qui se trouve être *interne* au lieu d'être externe comme dans les procédés précédents, est plus élégante et plus rapide, sinon plus pratique, plus facile et plus sûre. Voici en effet comment il procède : « Une fois le ventre ouvert, il *avive* à trois quarts de pouce de leur extrémité utérine les ligaments ronds, au niveau de leur *face interne*. Ceci fait, il les ramène au devant du fond de l'utérus en les coudant *en dedans* ; il les réunit l'un à l'autre, au sommet de l'anse, c'est à-dire au point avivé, à l'aide d'une suture faite avec un fil assez solide. Si le raccourcissement n'est pas suffisant après cette première ligature, il l'accentue encore, en en faisant une autre en avant de celle-ci. »

Cette façon d'accoler les deux ligaments ronds et de les réunir, en les anastomosant en X en arrière de la vessie, ne doit pas être d'une exécution aussi longue que la méthode par repliement de Wylie et de Ruggi, et on comprend parfaitement que, bien exécutée, elle doive amener un résultat identique.

Jusqu'ici ce procédé paraît n'avoir été employé que par son inventeur, même en Amérique ; d'ailleurs Polk en dit le plus grand bien.

III. — Procédé de Raccourcissement par Coudure de l'extrémité utérine des ligaments ronds et sa Fixation sur la face antérieure de l'utérus.

(*Méthode de Dudley.*)

Le procédé de Dudley, décrit à tort par Dudley lui-même sous le nom d'*Hystérorrhaphie*, n'est point une véritable Hys-

téropexie, c'est-à-dire une fixation anormale de l'utérus, si l'on s'en tient aux principes de terminologie que nous avons admis au début de ce travail. C'est en réalité une variété de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds et c'est pourquoi nous la décrivons à cette place. On s'en rendra bien compte en suivant pas à pas la description ci-dessous, que nous empruntons aux analyses faites du travail du chirurgien de New-York, analyses qui ont paru dans les grands journaux médicaux de cette ville.

A). *Manuel opératoire de Dudley.* — Après avoir ouvert l'abdomen, détruit les adhérences périutérines comme d'ordinaire et libéré l'utérus, Dudley *avive* une portion de la face antérieure de cet organe. La partie avivée [1] s'étend, sur les côtés de cette face antérieure, de l'origine des ligaments ronds à trois quarts de pouce environ au-dessus du point de réflexion du péritoine passant de l'utérus sur la vessie ; elle s'arrête donc à quelques centimètres au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. Ceci fait, Dudley isole l'extrémité utérine des ligaments ronds de leur repli péritonéal, les mobilise et, de ce fait même, *avive* cette partie des ligaments.

Il applique alors cette extrémité utérine, désormais flottante, sur la partie avivée de la face antérieure de l'utérus, et l'y fixe à l'aide d'une série de sutures au catgut, distantes l'une de l'autre d'un quart de pouce. Ces sutures, au nombre d'une quinzaine, commencent au-dessous de l'insertion des cornes et sont faites à l'aide de fils qui transfixent le ligament et le tissu utérin ; elles descendent jusqu'à la partie inférieure de la surface d'avivement. Il faut avoir bien soin de ne laisser aucune portion de cette dernière surface non recouverte par l'extrémité repliée des ligaments ronds, pour qu'elle n'adhère pas aux anses intestinales tombant en avant de l'utérus, dans le cul-de-sac vésico-utérin.

De cette façon les insertions des ligaments ronds [2] sont

[1] L'avivement de l'utérus, dans tous ces procédés, ne nous semble pas absolument nécessaire, de même que pour l'hystéropexie à l'aide de la fixation directe.

[2] Pour le procédé de Dudley, comme pour tous ceux que leurs inventeurs n'ont pas figurés, nous nous sommes bien gardé d'en ébau-

transportées des cornes utérines aux deux extrémités d'une ligne horizontale correspondant à la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen de l'utérus et l'utérus est maintenu redressé, sans gêner la vessie.

Dudley pense que le principal avantage de son procédé consiste dans ce qu'il constitue une sorte de « renforcement de la surface antérieure de l'utérus, redressé au préalable »; et l'on peut à notre avis comparer le rôle, joué dans ce cas par l'extrémité utérine des ligaments ronds, à celui d'un tuteur ou mieux d'une corde tendue, qui maintiendrait redressé et rectiligne un arc fortement infléchi auparavant, l'arc étant ici représenté par l'utérus en rétroflexion. Le ligament empêcherait donc la rétroflexion de se reproduire.

L'objection, purement théorique d'ailleurs, qu'on a pu de suite faire à cette façon de procéder, en dehors de sa difficulté d'exécution sur laquelle nous reviendrons bientôt, est que l'on déplace beaucoup trop le point d'insertion des ligaments ronds et qu'on le fait descendre trop bas, ce qui peut avoir des inconvénients, malgré un solide renforcement de la face antérieure de l'utérus. Il n'y aurait rien d'étonnant en effet à ce qu'un certain degré de rétroflexion se reproduisît ultérieurement, au-dessus de la ligne de fixation des ligaments, c'est-à-dire pour les deux tiers supérieurs de l'utérus (Janvrin). Aussi certains auteurs préfèrent-ils en rester au procédé de Wylie, qu'ils trouvent d'ailleurs plus simple (Currier).

Il nous a semblé qu'on pourrait réduire à néant l'objection importante de Janvrin et obtenir le même résultat que Dudley tout en évitant ce déplacement en bas des insertions ligamenteuses; il nous a suffi pour cela de modifier légèrement le procédé du gynécologiste de New-York.

B). *Modification proposée.* — En effet, après avoir avivé ou non (car l'avivement nous semble superflu) sur l'utérus une portion de tissu un peu moins considérable et dégagé une portion notablement plus grande de l'extrémité uté-

cher des schémas. Nous considérons en effet comme incompatible avec toute méthode scientifique sérieuse l'habitude qu'on a de représenter des procédés opératoires, non figurés par leurs défenseurs, d'après des descriptions souvent écourtées et parfois incomplètes.

rine du ligament rond, on peut, combinant les deux procédés imaginés par Dudley et par Bode :

1° *Faire d'abord, sans la nouer, une anse, à coudure interne, siégeant immédiatement sur l'extrémité utérine* et raccourcissant le ligament rond de la longueur voulue (à la manière de Bode). (Voir *Fig.* XXII, anse *h' i' c' d'*.)

2° *Fixer cette anse par des points de suture* (à la manière de Dudley) *sur la face antérieure de l'utérus*, de façon à lui faire jouer le même rôle de « corde d'arc » ou de « cordon de renforcement de l'utérus fléchi » ; au lieu de se borner à la nouer, sans la fixer solidement à l'utérus, comme le faisait Bode. (Voir *Fig.* XXII, anse *h c i d*.)

De cette façon le renforcement de l'utérus est plus considérable puisque le cordon de soutènement est double, formé qu'il est par une anse ligamenteuse, c'est-à-dire par deux cordons accolés de chaque côté. D'autre part l'insertion des ligaments ronds n'est pas déplacée et l'utérus est ramené en avant par le raccourcissement de ces ligaments, qui a été forcément assez considérable. Pour que ce cordon puisse exercer une action réellement efficace, il faut qu'il descende, comme dans le procédé de Dudley, jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'utérus, et même au-dessous du point de flexion. De cette façon, il joue réellement le rôle de la corde d'un arc, d'un tuteur solide. Ce manuel opératoire nouveau est en réalité un procédé de raccourcissement assez peu différent de celui de Dudley : on pourrait l'appeler Raccourcissement par *Repliement en anse* (en V) *de l'extrémité utérine des ligaments ronds avec sa Fixation sur la face antérieure de l'utérus.*

En pratique, on commence par fixer la partie *h i* (*Fig.* XXII), débutant en *h* et descendant peu à peu vers *f* et *i*. On fixe une anse plus ou moins longue, suivant la longueur des ligaments ronds, variable dans chaque cas particulier. En faisant séparément les sutures fixatrices[1] sur *h i* d'abord, puis *i d*, il nous semble qu'on juge mieux de ce que l'on fait et qu'on peut

[1] L'aiguille de Reverdin, courbe et mince, est commode pour ces délicates sutures. On emploiera de la soie ronde et fine.

mieux régler le redressement utérin, qu'en fixant en bloc dans une seule série de sutures les deux branches du V, c'est-à-dire les deux chefs *h' i'* et *i' d'* de l'anse ligamenteuse[1]. Les sutures terminées, on ramènerait si possible, en avant de l'utérus, la partie inférieure de l'épiploon pour protéger les intestins. Le raccourcissement doit atteindre de 10 à 12 centimètres environ.

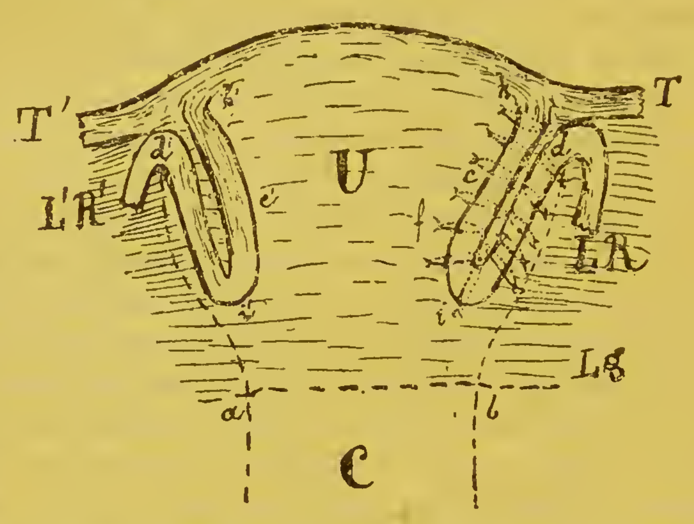


Fig. XXII. — Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Ronds. (*Procédé de Dudley* modifié.)

Schéma représentant à gauche l'anse de ligament formée; à droite la même anse suturée.

U, Utérus; — C, col utérin; — T, T', trompes; — LR, L'R', ligaments ronds; — *h c i d*, *h' c' i' d'*, anses des ligaments ronds; — *f*, fils fixateurs de l'anse *h c i d*; — *Lg*, ligaments larges; — *a b*, ligne de réflexion du péritoine (cul-de-sac utéro-vésical).

Ce procédé a l'avantage de pouvoir s'appliquer aussi aux cas d'utérus rétrofléchis *avec déplacement en bas des insertions des ligaments ronds*, utérus dont nous reparlerons bientôt en discutant les procédés de raccourcissement de Wylie, Ruggi, Polk, etc. En effet, il suffirait dans ces cas, après ou sans avivement préalable, après libération de l'extrémité utérine des ligaments ronds, de diminuer la longueur de

[1] Pour toutes ces opérations délicates dans le petit bassin, il importe : 1° de faire une incision abdominale suffisante; 2° d'avoir un champ opératoire bien accessible, ce qu'on peut obtenir, à défaut de l'emploi de la table de Trendelenbourg, si un aide expérimenté refoule la masse intestinale vers le diaphragme avec des compresses stérilisées et écarte bien les lèvres de la plaie; 3° d'avoir une malade parfaitement endormie, ne vomissant pas.

la première partie (*hci*) de l'anse (*hid*) (*Fig.* XXII), formée par ces ligaments, d'une quantité (*h'c'*) égale à l'étendue du tissu utérin comprise entre l'angle du fond de l'utérus (*h'*) et le point d'insertion anormal du ligament rond, sur le bord de cet organe, que nous supposons en *c'* par exemple [1].

Nous ne nous dissimulons pas que tout cela doit être sur le vivant assez délicat à exécuter, car, sur le cadavre, dans des petits bassins non malades, la chose est déjà fort malaisée; mais en somme la difficulté est à peine plus grande que pour le procédé de Dudley. Le point délicat serait de déterminer exactement la quantité des ligaments à libérer. Jusqu'à plus ample informé pourtant, nous préférons encore *de beaucoup* l'hystéropexie, d'une exécution bien plus facile, à la modification que nous avons cru, malgré tout, pouvoir proposer.

Dudley prétend qu'avec ce procédé il n'y a pas à craindre le développement d'adhérences ou de cavité [2] où peut s'étrangler l'intestin (comme dans le Procédé de Polk). Il le préfère en outre à l'hystéropexie pour les mêmes raisons que Wylie et Ruggi. (Utérus restant libre dans la cavité abdominale; moins de chances de relâchement pour des ligaments naturels raccourcis que pour des ligaments absolument artificiels !)

IV. — Procédé du Raccourcissement des ligaments ronds par Repliement de leur extrémité externe (*Combinaison avec l'Hystéropexie*).

(*Méthode de Doléris.*)

Nous n'avons pas à décrire à nouveau ce procédé. Nous nous bornons à rappeler que, l'hystéropexie préalablement faite d'après la méthode Czerny-Terrier, M. Doléris termine son opération en raccourcissant les ligaments ronds pour assurer une fixation plus solide de l'utérus redressé.

[1] Voir plus loin la critique générale de ce raccourcissement des ligaments ronds. On comprendra mieux, en se rapportant à ce passage, la façon dont on devrait faire dans de tels cas, l'anse de l'extrémité utérine pour arriver à redresser l'utérus.

[2] Allusion à la fente utéro-vésicale que produisent les procédés d'hystéropexie d'Olshausen-Sænger et de Kelly.

Il procède à peu près comme le fit une fois Polk après une laparotomie; il diminue la longueur des ligaments en attirant entre les lèvres de la plaie abdominale, à l'aide d'un lien, leur extrémité externe. C'est une sorte de raccourcissement *direct*, comparable dans une certaine mesure, au raccourcissement classique, extra-péritonéal d'Alexander. En opérant ainsi, M. Doléris a combiné le premier, sans trop y prendre garde, les deux principales espèces d'*interventions sus-pubiennes* connues pour remédier aux déplacements utérins, à savoir l'utilisation de ligaments normaux raccourcis (Fixation normale) et le développement des liens fibreux de nouvelle formation (Hystéropexie).

Nous avons essayé, dans le tableau ci-dessous, de montrer, en quoi diffèrent les procédés que nous venons de passer en revue.

DIFFÉRENTS PROCÉDÉS
DE
RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL
DES
LIGAMENTS RONDS

1° *Repliement* des ligaments ronds. (Procédé de Wylie, type.)	*a*). A leur *partie moyenne* (pli externe).	**Procédé de Wylle-Ruggi**	Sutures à points séparés.	*Wylie.*
			Suture double du pelletier.	*Ruggi.*
	b). A leur *extrémité utérine* (pli interne).	**Procédé de Bode.**		
2° *Coudure* et *soudure* des ligaments ronds entre eux, *en avant* de l'utérus (coudure interne, anastomose en X).	**Procédé de Polk.**			
3° *Fixation de l'extrémité utérine* des ligaments ronds coudée *sur la face antérieure* de l'utérus (coudure à sommet inférieur).	Simple *Coudure* (Déplacement des insertions utérines des ligaments ronds.)	**Procédé de Dudley.**		
	Anse complète (Pas de déplacement de ces insertions.)	*Modification proposée.*	Combinaison du procédé de Bode (anse à sommet inférieur et interne sur l'extrémité utérine) avec celui de Dudley (fixation de l'anse inférieure formée sur l'utérus).	

4° *Repliement de l'extrémité externe* des ligaments ronds, combiné à l'Hystéropexie (mode Czerny-Terrier). (Opération complexe.)	**Procédé de Doléris**

Le Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds ayant été conçu, il était à prévoir qu'un certain nombre de modes opératoires seraient aussitôt imaginés; et c'est, en effet, ce qui a eu lieu, comme on vient de le voir. Il est intéressant de montrer comment on y est parvenu.

1° On peut raccourcir un cordon, de quelque nature qu'il soit, par deux procédés : 1° par le *Procédé du Repliement;* 2° par le *Procédé de la Résection*.

Or, on peut exécuter le Repliement de ce cordon : *a*). En son *milieu* ou à peu près; c'est ce qu'ont fait Wylie et Ruggi; *b*). A l'une quelconque des extrémités, externe ou interne. M. Doléris a choisi l'extrémité externe, en y ajoutant une hystéropexie intra-péritonéale [1]. Bode et même Dudley ont préféré s'adresser à l'extrémité interne; mais Dudley n'a fait que par contre-coup un tel repliement, en fixant l'extrémité utérine des ligaments ronds à la face antérieure de l'utérus, dans un but spécial. La modification que nous avons proposée combine les deux procédés de Dudley et Bode (raccourcissement avec fixation anté-utérine).

2° La Résection n'étant pas très pratique dans l'étendue du cordon pour des raisons faciles à prévoir (nécessité d'une suture qui pourrait manquer), on ne l'a faite que sur l'extrémité externe, et cela sans la laparotomie. C'est l'opération classique, type, d'Alquié-Alexander.

3° Mais si l'on ne peut raccourcir que par repliement ou résection un ligament donné, quand il s'agit de diminuer la longueur de deux cordes tendues l'une à côté de l'autre et fixées à chacune de leurs extrémités, on peut y parvenir en

[1] L'Alquié-Alexander, pratiquée suivant le procédé de Segond (repliement par pelotonnement au-dessus du pubis) ou de Doléris, est, à ce point de vue théorique seul, une opération assez analogue, mais bien entendu sans laparotomie.

rapprochant d'une façon artificielle la partie moyenne de ces deux cordes. C'est ce qu'a imaginé Polk et nous n'avons pas cru pouvoir mieux définir son procédé qu'en le dénommant *coudure et soudure des ligaments en avant de l'utérus.*

Tels sont les procédés déjà nombreux de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. On nous pardonnera d'y avoir insisté, si l'on veut bien remarquer surtout que nous avons eu parfois une certaine peine à débrouiller les descriptions écourtées et confuses des auteurs américains sur un point de médecine opératoire presque totalement inconnu dans notre pays.

C. — ETUDE DES CAS PUBLIÉS ET CRITIQUE DE LA MÉTHODE

A. — CAS PUBLIÉS

1° Opérations exécutées par Wylie.

Wylie a mis à exécution son procédé un certain nombre de fois, lors de salpingo-oophorectomies compliquées de rétrodéviations. Ce n'est qu'en 1886 qu'il exécuta pour la première fois son opération de parti pris pour corriger une rétroversion adhérente. En 1887, il la refit deux fois; en juillet 1888, il en possédait cinq cas ; en 1889, il l'avait pratiquée neuf fois. Dans tous ces cas, il a enregistré un succès complet.

Voici le résumé de sa principale observation :

OBSERVATION I

(Wylie, Cas I.)

Rétroversion avec adhérences. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, sans opération complémentaire.

En 1886, M. Wylie vit à l'hôpital de Bellevue un cas de rétrodéviation avec adhérences.

Il ouvrit l'abdomen et trouva les trompes et les ovaires sains. Après avoir rompu les adhérences qui maintenaient l'utérus en

arrière, il lui vint à l'esprit de raccourcir les ligaments ronds dans l'abdomen. Ce qu'il fit [1].

L'opération réussit très bien.

En 1889, l'utérus est dans sa position normale et s'y maintient sans pessaires [2].

Baer, au dire d'un élève de Wylie, aurait aussi exécuté le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. De même, Bode l'a pratiqué plusieurs fois ; mais ces opérateurs n'ont pas publié d'observations détaillées.

Par contre, Ruggi a été plus avisé. Il fit sa première tentative de redressement intra-abdominal de l'utérus en octobre 1886, dans un cas de rétroflexion rebelle et ce cas fut d'abord communiqué au *Congrès de Chirurgie* de Gênes, en avril 1887 ; mais il passa inaperçu au milieu de la relation d'autres laparotomies. Dans son mémoire de 1888, très complet et très clair, il a rappelé l'attention sur ce fait et signalé les autres opérations exécutées par lui depuis 1886.

Nous donnons ici le résumé des treize opérations faites par Ruggi pour des rétrodéviations utérines ; mais nous laissons de côté deux d'entre elles (Cas II et XI), qui se rapportent, la première à un prolapsus utérin au troisième degré, la seconde a une antéversion compliquée d'antéflexion. Elles n'ont rien à voir, en effet, avec notre sujet.

2° Opérations exécutées par Ruggi.

OBSERVATION II

(Ruggi, Cas I.)

Buoni, Clotilde, âgée de vingt-cinq ans, paysanne de Spilamberto. — Le 28 août 1886, elle entre à l'hôpital pour des phénomènes réflexes graves, consécutifs à un avortement (douleurs vagues, accès d'asthme, dyspnée.

[1] Voir la description du manuel opératoire suivi; nous l'avons donnée précédemment.

[2] Ceci est le premier cas de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds exécuté par Wylie, *sans opération sur les annexes*. C'est la seule observation qu'il ait publiée avec quelques détails.

Le 4 septembre 1886, Opération d'Alexander. Elle réussit bien au point de vue opératoire; mais les phénomènes douloureux reparurent bientôt. C'est alors qu'il vint à l'esprit de M. le Dr Ruggi de pratiquer le redressement de l'utérus par la laparotomie et le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Rétroflexion et *rétroversion de l'utérus.* — Laparotomie. Redressement de l'utérus, le 19 octobre 1886.

Température maxima, 38° (le troisième jour). — Guérison par première intention. — Après un mois et demi, quitte l'hôpital bien guérie.

OBSERVATION III

(Ruggi, Cas III.)

Sartoni Falchiéri, Maria, âgée de trente ans, de Baricella. — Entrée le 19 janvier, sortie le 9 mars 1888.

Pas d'enfants. — Malade depuis neuf ans. — Menstruation toujours douloureuse et irrégulière. — Leucorrhée. Constipation opiniâtre. Douleurs vives dans la région sacrée et dans la région des ovaires. Sensation de défaillance. Impossibilité de tout travail, même le plus léger. — Tous les traitements sont restés inefficaces. — *Rétroflexion et Rétroversion utérine. Ovarite kystique gauche.*

Laparotomie et redressement de l'utérus avec oophorectomie partielle gauche le 5 février 1888. Température maxima, 36°,6 le premier jour. — Guérison. — Quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Revue un mois après. — Pas le moindre trouble ; l'utérus est bien en place.

OBSERVATION IV

(Ruggi, Cas IV.)

Mattioli, Maria Luizia, quarante-quatre ans, de Crespellano.

Entrée le 6 mars, sortie le 21 juin 1888.

Malade depuis longtemps. — Pas d'enfants. — Douleurs dans la région des ovaires (spécialement à droite), dans les lombes et dans tout le côté droit. Sensation de pesanteur; phénomènes reflexes nombreux, céphalagie très violente, insomnie, vomissements, gastralgie. — *Rétroflexion et rétroversion de l'utérus. Ovarite kystique droite.*

Laparotomie. Redressement de l'utérus et oophorectomie partielle droite, 15 mars 1888.

Température maxima, 37°,6 (le quatrième jour). A eu un abcès

de la paroi qui a retardé la cicatrisation. Quitte l'hôpital parfaiment guérie des troubles locaux consécutifs à la position vicieuse de l'utérus.

OBSERVATION V

(RUGGI, Cas V.)

Andreini, Enrica, trente-cinq ans, paysanne de Saint-Ruffillo. Entrée le 26 février; sortie le 20 avril 1888.

Malade depuis deux ans, à la suite de son dernier accouchement. — Douleurs ovariennes et lombaires; sensation de pesanteur. — Inappétence. Vomissements. Constipation. Difficultés dans la marche et dans la station debout. Aucun travail n'est possible. — *Rétroflexion et rétroversion de l'utérus. Ovarite kystique bilatérale.*

Laparotomie. Redressement de l'utérus avec oophorectomie partielle bilatérale, le 17 mars 1888.

Température maxima, 37°5 le deuxième jour. — Guérison.

OBSERVATION VI

(RUGGI, Cas VI.)

Calzoni, Rimondi Angela, trente-sept ans, brodeuse à Bologne. Entrée à l'hôpital le 22 avril 1888; sortie le 17 juin suivant.

Malade depuis quatre ans, à la suite de son dernier accouchement. Les troubles consistent principalement en douleurs très vives, avec irradiations dans la région sacro-lombaire. Sensation de pesanteur dans le fond du bassin. Marche et station debout impossibles. Menstruation irrégulière et douloureuse; défécation très douloureuse.

Rétroflexion et rétroversion de l'utérus.

Laparotomie et redressement de l'utérus le 28 avril 1888.

Température maxima, 37°,3 (le troisième jour). — Guérison.

OBSERVATION VII

(RUGGI, Cas VII.)

Zucchini, Barioni, Maria, trente-deux ans, paysanne de Ferrare. Entrée à l'hôpital le 23 avril, sortie le 28 mai 1888.

Malade depuis deux ans, à la suite de son dernier accouchement. — Mêmes troubles que dans l'observation précédente ou à peu près. Douleurs plus vives encore dans la région des ovaires.

Rétroflexion et rétroversion de l'utérus. Ovarite kystique bilatérale.

Laparotomie. Redressement de l'utérus et oophorectomie double, partielle à gauche, totale à droite le 29 avril 1888.

Température maxima 37°,4 (le deuxième jour). — Guérison.

OBSERVATION VIII

(Ruggi, Cas VIII.)

Gugbielmi, Nannetti Céleste, trente-quatre ans, blanchisseuse à Bologne.

Entrée à l'hôpital le 1er mai, sortie le 29 juillet 1888.

Malade depuis trois ans à la suite de son dernier accouchement. — Entérorrhagie, péritonite, périmétrite. Métrorragies quatre mois après son dernier accouchement; puis menstruation très peu abondante et très douloureuse.

Rétroflexion et rétroversion de l'utérus. Ovarite kystique bilatérale.

Laparotomie. Redressement de l'utérus. Oophorectomie double, partielle à droite, totale à gauche, le 12 mars 1888.

Température maxima, 37°,2, le deuxième jour. — Règles le deuxième jour. — Guérison.

Actuellement parfaitement guérie des troubles précédemment énoncés.

OBSERVATION IX

(Ruggi, Cas IX.)

Medici Melloni, Augusta, vingt-trois ans, couturière à Bologne.

Entrée à l'hôpital le 8 mai; sortie le 1er juillet 1888.

Malade depuis trois ans, à la suite de son dernier accouchement. — Douleurs très intenses dans la région sacro-lombaire et la région ovarienne. — Récentes métrorrhagies graves. — Presque constamment obligée de garder le lit.

Rétroflexion et rétroversion de l'utérus. Salpingo-ovarite gauche.

Laparotomie. Redressement de l'utérus et salpingo-oophorectomie gauche, le 17 mai 1888.

Température maxima le premier jour (37°4). — Guérison.

Quitte l'hôpital, alors que l'état général, ainsi que l'état local, est très bon. Elle dit elle-même qu'elle est très bien rétablie.

OBSERVATION X

(Ruggi, Cas X.)

Toroni Chendi, Teresa, vingt-cinq ans, paysanne de Vérone.

Entrée à l'hôpital le 17 mai, sortie le 4 juin 1888.

Malade depuis deux ans à la suite de son dernier accouchement. — Menstruation très peu abondante, régulière, mais très douloureuse. Douleurs dans la région sacrée. Sensation de pesanteur. Marche et station debout difficiles et malaise très sérieux. Défécation douloureuse. Constipation.

Rétroflexion et rétroversion. — Ovarite droite.

Laparatomie. Redressement de l'utérus. Oophorectomie partielle droite le 24 mai 1888.

Température maxima 37°,2 (le troisième jour). — Guérison.

OBSERVATION XI

(Ruggi, Cas XII.)

Cozzani Guidi, Teresa, trente et un ans, de S. Piero in Bagno.

Entrée à l'hôpital le 17 avril, sortie le 31 juillet 1888.

Malade depuis quatre ans, à la suite de son dernier accouchement. — Menstruation peu abondante et très douloureuse. Défécation difficile, fort pénible. Impossibilité de supporter le moindre rapprochement sexuel. — Sensation de pesanteur. — Douleur lombaire. — Impossibilité de marcher ou de se tenir debout pendant un certain temps. — En septembre 1887, pelvipéritonite; elle entra à l'hôpital pour une hématocèle périutérine. — Le traitement de cette affection fit reculer l'opération jusqu'à la fin de juin.

Rétroflexion et rétroversion de l'utérus.

Laparotomie et redressement de l'utérus le 21 juin 1888.

Température maxima 37°,8 (le dixième jour). — Guérison. — Pendant l'opération on eut les plus grandes difficultés à rompre les très nombreuses adhérences, fort solides, de l'exsudat pelvipéritonitique. Il y en avait entre l'utérus et la vessie, et entre l'utérus et l'intestin dans la cavité de Douglas.

OBSERVATION XII

(Ruggi, Cas XIII.)

Venturi, Negrini Terrilla, trente-cinq ans, mariée, paysanne du Mont-Saint-Pierre.

Entrée à l'hôpital le 18 juin, sortie le 25 juillet 1888.

Malade depuis cinq ans. — Douleurs lombaires et sensation de pesanteur dans le petit baêssin. Menstruation peu abondante, irrégulière. Constipation. Gêne dans le travail. Difficultés de la station debout et de la marche.

Rétroflexion et rétroversion utérine. Salpingo-ovarite gauche.

Laparotomie. Redressement de l'utérus et salpingo-oophoroctemie gauche le 22 juin 1888.

Température maxima le troisième jour (37°.4). — Guérison.

L'opération fut difficile à cause des adhérences de la cavité de Douglas. — Etat général et local très bons aujourd'hui

OBSERVATION XIII

(Ruggi, Cas XIV.)

Brunelli, Maria, vingt-cinq ans.

Entrée à la maison de santé du Dr Ruggi, le 7 juillet, sortie le 2 août 1888.

Malade depuis cinq mois, à la suite d'un avortement survenu environ après une grossesse d'un peu plus de deux mois. On observe alors de la fièvre et des métrorrhagies, qui la retinrent au lit pendant environ trois semaines.

Au bout de ce temps : douleurs dans la région sacro-lombaire. Sensation d'oppression à l'épigastre et défaillance générale. Menstruation peu abondante et douloureuse.

Rétroflexion et rétroversion de l'utérus. Ovarite kystique droite.

Laparotomie. Redressement de l'utérus. Ovariotomie droite, le 11 juillet 1888.

Température maxima le premier jour (37°,5). Vomissements chloroformiques pendant les douze premières heures.

OBSERVATION XIV

(Ruggi, Cas XV.)

Aureola, Virginia, trente ans, servante d'Imola.

Entrée à l'hôpital le 15 juin 1888.

Malade depuis sept ans à la suite d'un avortement. — A souffert de fortes métrorrhagies la même année en 1882. — Quatre accouchements. Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, a toujours présenté des troubles de l'appareil génital et du système nerveux.

Les douleurs de la région lombaire et de la région ovarienne droite se sont ajoutées à une intolérable sensation de pesanteur dans le petit bassin, à la difficulté de la marche et de la station debout prolongée. Défécation douloureuse. Phénomènes nerveux divers, très sérieux. Céphalagie, nausées, vomissements, convulsions, aberrations psychiques.

Rétroflexion de l'utérus et ovarite droite.

Laparotomie. — Redressement de l'utérus et salpingo-oophorectomie le 21 juillet 1888.

Température maxima, 37°,5, le troisième jour. — Guérison par première intention. — Diminution des phénomènes locaux et réflexes. — Bon état actuellement.

Certains cas de Ruggi (Cas I, VI, XII) sont des opérations faites de *parti pris*, des raccourcissements de ligaments ronds exécutés au cours de laparotomies faites d'emblée pour remédier au déplacement utérin seul. Les autres (Cas III, IV, V, VII, VIII, IX, X, XIII, XIV, XV) sont des opérations *complémentaires* de salpingo-oophorectomies.

Nous ne voulons pas étudier une à une ces opérations, mais on voudra bien remarquer avec nous qu'elles n'ont pas été suivies assez longtemps pour être considérées comme probantes au point de vue du succès thérapeutique. Pas une seule opérée n'a été revue après une période de temps notable. Or, en ce qui concerne la disparition réelle et définitive de tous les phénomènes pathologiques signalés, on sait ce qu'il en advient souvent dans la suite, à une époque éloignée de l'opération. Quant à la persistance du redressement de l'utérus, nous ne sommes pas plus renseigné.

3° Opération exécutée par Dudley.

Nous rapportons ci-dessous, uniquement au point de vue de la médecine opératoire, la seule observation que Dudley ait publiée. Inutile de répéter, à son propos, les réflexions que nous venons de faire sur les cas de Ruggi.

OBSERVATION XV

(Dudley, Cas I.) (Résumé.)

Rétroflexion marquée de l'utérus. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par un nouveau procédé, après oophorectomie double pour petits kystes ovariens.

Malade atteinte d'une rétroflexion marquée de l'utérus, avec fixation de l'organe, surtout d'un côté. Col utérin et périnée déchirés.

Traitement mécanique employé pendant longtemps sans succès. On se résout à la laparotomie.

Opération (1889). — Ouverture de l'abdomen et déchirure des adhérences situées entre les trompes et les ovaires. Trompes perméables. Utérus mou et flasque. Une ponction, faite sur chaque ovaire, démontre l'existence de deux kystes, gros comme un dé à coudre. Les ovaires sont enlevés. Ligaments ronds d'une longueur exceptionnelle, mesurant environ huit travers de doigts [1].

M. Dudley aviva d'abord la face antérieure de l'utérus, à environ trois quarts de pouce (1 centimètre et demi) au-dessus du point d'union de l'utérus et de la vessie (cul-de-sac utéro-vésical), en enlevant le péritoine viscéral sur la face antérieure de l'utérus de haut en bas. Puis, il disséqua les ligaments ronds, en soulevant le péritoine qui les recouvre, et les libéra des deux côtés. Ceci fait, il fléchit ces ligaments ronds vers la partie inférieure et les appliqua, en les faisant descendre jusqu'à l'extrémité inférieure de l'avivement, sur la partie avivée de la face antérieure de l'utérus.

Cette inflexion exécutée, il fixa les ligaments ainsi repliés et accolés sur la face antérieure de l'utérus saignante à l'aide de plusieurs sutures (par transfixion) au *catgut*. Il en plaça quinze, à moins d'un demi-centimètre (un quart de pouce) les unes des autres. Ces sutures remontèrent assez haut, mais s'arrêtèrent au niveau de l'insertion des tompes. L'opération fût faite des deux côtés de la même façon. Il eut soin de ne laisser aucune partie avivée. — De la sorte les insertions des ligaments ronds se trouvèrent reportées sur une ligne correspondant à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'utérus. L'utérus fut ainsi maintenu redressé sans gêner la vessie.

M. Dudley avait d'abord pensé à mettre un pessaire, mais il y renonça, voulant voir ce que donnerait l'opération à elle seule.

Suites opératoires. — Un *abcès* de la paroi se développa et donna lieu à de la fièvre pendant quelques jours.

Pas d'accidents péritonéaux et suites bonnes, en somme. Depuis, l'utérus est resté fixé dans sa position normale ; aucune douleur, aucun phénomène vésical.

La malade était encore en convalescence, en décembre 1889.

B. — CRITIQUE DES DIVERS PROCÉDÉS ET COMPARAISON AVEC L'HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE

Il nous faut maintenant comparer ces divers procédés entre eux, avant de mettre en parallèle les méthodes de Wylie-

[1] C'est-à-dire 15 à 16 centimètres.

Ruggi, Polk et Dudley, avec l'Hystéropexie intra-péritonéale.

Nous n'avons pas à tenir compte ici, cela va sans dire, de l'opération qui consisterait à faire suivre une laparotomie d'une classique Alquié-Alexander extra-péritonéale, comme le fit Polk.

I. — COMPARAISON ET INDICATIONS DES DIVERS PROCÉDÉS DE RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL

a.) *Comparaison des procédés entre eux.* — Mais que doit-on préférer du procédé de raccourcissement abdominal des ligaments ronds de Polk, de Dudley ou de Wylie-Ruggi? La question aujourd'hui est impossible à résoudre, si l'on tient à rester sur le terrain de la clinique pure : les faits manquent. Au point de vue théorique, nous n'avons que peu d'arguments à faire valoir dans un sens ou dans l'autre. Nous ignorons si tel procédé résistera plus longtemps qu'un autre aux causes, toujours les mêmes, de tiraillement des ligaments ronds

Tout ce que l'on peut dire, c'est que la manière de faire de Polk, pour être plus rapide, est peut-être plus délicate à bien exécuter que celle de Wylie et de Ruggi; et que cette dernière semble, au prime abord, plus sûre. Si de l'un des côtés, en effet, l'opération du raccourcissement venait à manquer, celle qu'on aurait fait de l'autre pourrait parfois suffire. Deux précautions valent mieux qu'une en pareille circonstance. Ajoutons que le procédé de Polk présente à priori plus de chances de favoriser le développement de brides dans le petit bassin, en raison de la façon même dont il est conçu, et l'intestin, nous paraît-il, doit pouvoir s'engager avec facilité dans l'espace compris entre les branches antérieures de l'anastomose en X des ligaments ronds, c'est-à-dire en avant du point de soudure de ces ligaments : ce qui pourrait peut-être favoriser l'étranglement interne. — Quant au procédé de Dudley, qu'on peut améliorer d'ailleurs comme nous l'avons montré, il doit être sur le vivant d'une application délicate ; mais il semble, à priori, que s'il est d'une exécution plus difficile, il vaut autant, sinon plus, que

celui de Wylie-Ruggi, car il ne détermine pas dans le petit bassin, comme celui de Polk, de cordon dur pouvant favoriser l'obstruction intestinale (Buckmaster). Il est, en tout cas, à essayer.

b). *Indications spéciales de chaque procédé.* — On devra surtout réserver le procédé de Dudley modifié, à l'exemple de Dudley, aux *Rétroflexions* utérines, car dans ces cas l'utérus fléchi se trouvera bien, après son redressement, du voisinage d'un support antérieur, d'un tuteur qui pendant quelque temps au moins pourra lutter contre la tendance à la flexion en arrière.— Un procédé, aussi délicat à exécuter, ne sera pas nécessaire dans la *Rétroversion* ne s'accompagnant pas de flexion; aussi dans ce cas pourrait-on se contenter de celui de Wylie-Ruggi. L'indication étant dans une telle lésion de ramener simplement l'utérus en avant, le raccourcissement le plus simple des ligaments ronds serait suffisant. — Inutile d'ajouter que le procédé de Dolléris est une opération qui n'est en réalité qu'une hystéropexie complexe et qui ne doit pas être comparée, au point de vue des indications, avec les procédés précédents.

II. — COMPARAISON DU RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS RONDS AVEC L'HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE

En ce qui concerne la *comparaison de cette méthode avec l'Hystéropexie*, le débat est peut-être moins difficile à trancher. Vaut-il mieux utiliser des ligaments altérés que créer des ligaments nouveaux, qui peuvent ne pas être suffisants et rester trop faibles? La *fixation normale* vaut-elle mieux que la *fixation anormale ?* Le débat est loin d'être terminé. Examinons les pièces du procès.

1° Arguments favorables. — Wylie, Ruggi et Micheli, bien entendu, de même que Bode, Dudley, etc., préfèrent de beaucoup le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds à l'hystéropexie type, dans les cas où les annexes ne sont pas malades : c'est pour cela qu'ils recommandent leurs

procédés. Ces auteurs ajoutent même que cette méthode est plus rationnelle (sous le fallacieux prétexte que la fixation est *normale*) et qu'elle présente, par suite, moins d'inconvénients.

Bode va même, pour la défense de sa cause, jusqu'à accuser l'hystéropexie de déterminer l'apparition de *troubles vésicaux* (ce qui est extrêmement rare ou plutôt inexact) et de pouvoir produire des accidents d'*obstruction intestinale* (ce qui n'est pas à craindre, si l'on suture le fond de l'utérus à la paroi). Il ajoute encore que l'hystéropexie est l'occasion de *tiraillements douloureux* dans le ventre, et même est responsable des *abcès* qu'on voit parfois survenir au voisinage de la plaie abdominale. Ces abcès, d'après Bode, seraient dus à des ruptures fibrillaires, survenant à la suite de contractions dans les muscles de la paroi; ce qui ne peut avoir lieu lors de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Tout cela est absolument exagéré : l'étude détaillée des faits d'hystéropexie publiés le démontre amplement. En tous cas, nous ne pouvons admettre que la fixation de l'utérus à la paroi abdominale soit la cause des abcès dont parle Bode. S'il y a abcès de la paroi, c'est indubitablement que la plaie a été infectée — alors qu'elle ne doit *jamais* l'être — et que, très probablement, les fils de la suture pariétale ou les fils fixateurs n'étaient pas aseptiques. Lorsque de telles complications se produisent, c'est l'*opérateur* qu'il faut accuser, et non l'opération.

Telles sont les objections faites par les défenseurs du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds à ceux qui prônent l'hystéropexie. Ceux-ci répondent à leur tour par les arguments suivants.

2° Objections. — Pour vanter une intervention qui a pour base les ligaments ronds et qui a la prétention d'être *normale*, il faudrait que vous puissiez vous adresser à des organes sains. Or, vous oubliez que, dans presque tous les cas de rétrodéviations utérines, vous aurez affaire à des *ligaments altérés*. Toute l'anatomie pathologique des déplacements de l'utérus est là pour le prouver. S'il en est ainsi, et puisque

vous ne pouvez faire d'avance le diagnostic des lésions, pouvez-vous vraiment avoir la prétention de compter sur des organes ainsi modifiés ?

A). Altérations des ligaments ronds. — Entrons dans le fond du débat : voyons quelles sont les diverses variétés de leurs altérations, souvent constatées lors d'autopsies ou d'ouvertures péritonéales, et examinons quelles chances de succès auraient eu, dans de tels cas, les défenseurs de la méthode Wylie-Ruggi, Dudley, etc., alors que, pour la même malade, l'hystéropexie aurait donné un résultat certain.

a). *Atrophie*. — D'abord, dans les rétrodéviations utérines, il existe très souvent de *l'atrophie des ligaments ronds*, d'un côté ou de l'autre, ou des deux à la fois. Ceci, plus souvent peut-être que ne le pense notre ancien collègue Beurnier[1], qui admet que, dans un tiers des cas au moins, les ligaments sont plus volumineux que normalement, partant plus faciles à découvrir. Des observations très nettes en font foi[2]. Ils peuvent être tellement atrophiés, par suite des troubles existant dans le paramètre ou dans le petit bassin, qu'ils seraient très difficiles à reconnaître au cours d'une laparotomie. Parfois même, ils ont été impossibles à trouver, perdus qu'ils étaient, en raison de leur atrophie extrême, dans des exsudats périutérins. Dans de telles conditions, que pourrait donner le raccourcissement intra-abdominal de ligaments ronds.... sinon invisibles, du moins impossibles à délimiter ou à isoler.

b). *Dégénérescence granulo-graisseuse*. — Dans d'autres cas, les ligaments ronds peuvent présenter de la *dégénérescence granulo-graisseuse*. Imlack en a signalé deux observations. Cette altération, qui paraît être consécutive à la pelvipéritonite, rendrait aussi, comme on le pense bien, le raccour-

[1] Beurnier. — *Etude sur les ligaments ronds de l'utérus et sur leur raccourcissement* (Opération d'Alexander); in *Gazette des Hôpitaux*, 3 mars 1888, n° 27, p. 236.

[2] Voir l'observation d'Hystéropexie pour prolapsus utérin de Philipps, in thèse de M. Dumoret; le cas de Byford (de Chicago), in *Journal of the American Association*, 20 août 1887, etc., etc.

cissement de ces ligaments très aléatoire, au point de vue du résultat thérapeutique.

c). *Insertion défectueuse sur l'utérus.* — On peut encore invoquer d'autres raisons qui plaident contre cette méthode, en même temps qu'elles constituent des arguments absolument contraires à l'Alquié-Alexander classique. Il suffira d'un mot pour faire comprendre l'importance de ces objections.

Quelques observations montrent en effet que parfois, en raison des troubles survenus dans les annexes de l'utérus, *l'insertion des ligaments ronds au fond de l'utérus peut ne plus se trouver réalisée.* L'extrémité interne de ces ligaments, lors de rétroflexions surtout, peut avoir descendu et, en réalité, peut s'insérer, non plus au niveau des cornes utérines, mais au voisinage du point de flexion du corps sur le col, au niveau de la partie moyenne des bords de la matrice.

Nous avons eu l'occasion, à l'Ecole pratique, de voir un jour un utérus où les choses étaient ainsi disposées de la façon la plus évidente. Ce cas est d'ailleurs rapporté dans la thèse de M. Racoviceanu[1]. Il est dû à M. Gérard-Marchand. Voici le fait :

OBSERVATION XVI

(Gérard-Marchand, 1888)

Femme de cinquante-six ans, entrée à l'hôpital pour une chute de l'utérus avec rétroflexion ; double opération qui consista dans le raccourcissement des ligaments ronds et dans la colpopérinéorrhaphie. Les suites opératoires furent des plus simples.

Cette malade, quoique guérie, restait pour le service, en attendant son placement dans un hôpital (sénilité); lorsqu'elle succomba à une pneumonie. — A son autopsie on constata que l'opération du raccourcissement des ligaments ronds qu'elle avait subie, avait eu pour résultat d'*exagérer la rétroflexion*, en raison de l'insertion *moyenne* et *antérieure*, et non supérieure, des ligaments ronds sur l'utérus.

Evidemment de tels faits doivent être rares ; mais ils ne

[1] Racoviceanu. — *Loc. citato*, p. 100, avec une figure très démonstrative.

sont pas si exceptionnels que le pensent MM. Marchand et Jonnesco qui, malgré un grand nombre de recherches cadavériques chez le nouveau-né et chez l'adulte, n'auraient pas retrouvé pareille insertion vicieuse.

C'est qu'en effet il s'agit là d'une disposition qui est consécutive à l'altération des différents organes pelviens, et nous ne saisissons pas très bien pourquoi ces anatomistes ont recherché sur des *sujets normaux* la fréquence d'une *lésion* qui ne saurait être que pathologique. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'ils ne l'aient pas retrouvé sur des femmes prises au hasard à l'Ecole pratique ; pour des recherches de ce genre, il faudrait rechercher exclusivement des femmes atteintes de Rétroflexions.

Aussi faut-il compter avec la possibilité d'une telle rencontre et, dans de tels cas, recourir constamment à l'hystéropexie. En effet, dans de telles conditions, on aurait beau tirer sur les ligaments ronds et les raccourcir dans la cavité abdominale, le résultat serait absolument le même que si l'on faisait l'Alexander : on ne détruirait pas du tout la rétroflexion ; on ne ramènerait que très légèrement en avant et en masse la partie moyenne de l'utérus.

M. Routier [1] aurait observé aussi un cas fort analogue, sinon identique, à celui de M. Marchand, plus contraire, il est vrai, à l'Alexander qu'à l'opération de Wylie-Ruggi. L'utérus était rétrofléchi; les ligaments ronds s'inséraient bien au voisinage des cornes utérines, mais la rétroflexion était telle, les parties étaient disposées de telle sorte qu'en tirant sur les ligaments ronds on ne faisait qu'accentuer la rétroflexion et appliquer le fond de l'utérus sur la face postérieure de l'organe, au lieu de le redresser, — par un mécanisme analogue à celui qu'emploie l'écuyer tirant les rênes de sa monture, pour la forcer à courber la tête sur le poitrail.

Il n'est pas douteux que lors de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, comme l'on voit parfaitement ce que l'on fait, un tel état de choses aurait une

[1] Communication orale.

importance moindre que pour un Alquié-Alexander qu'il rendrait d'ailleurs inefficace. En effet, l'abdomen étant ouvert, on pourrait défléchir à la main et de force l'utérus en détruisant les adhérences, sans se préoccuper de savoir ce que deviendraient les ligaments ronds. Mais, en opérant ainsi, on aurait bien des chances de détruire, de rompre complètement ou encore d'altérer davantage ces ligaments déjà malades. Placé dans de telle conditions, faciles d'ailleurs à apprécier grâce à la laparotomie préalable, les ligaments normaux ne pouvant plus servir, on serait très heureux d'avoir encore à son arc la fixation de l'utérus par un procédé détourné, et partant l'on se trouverait très bien de pouvoir recourir à l'hystéropexie.

B). DIFFICULTÉS DE L'OPÉRATION. — Ajoutons qu'à raccourcir, par à peu près, des ligaments, on ne sait vraiment pas très bien ce que l'on fait. Raccourcira-t-on suffisamment dans tous les cas, car il faut avouer que des sutures aussi minutieuses ne sont pas très faciles à exécuter, dans un petit bassin au préalable fort endommagé. C'est là, en effet, un argument d'une grande valeur. Théoriquement, le raccourcissement intra-abdominal est une opération superbe, comme l'Alexander, quoique la théorie dise aujourdhui que les ligaments ronds n'ont jamais eu pour but de maintenir l'utérus dans sa place normale! Mais, en réalité, il doit être sur le vivant, — si nous nous en rapportons à nos exercices cadavériques — d'une *exécution difficile.* Il exige certainement une grande habitude de la chirurgie abdominale. Tous ceux qui ont pratiqué beaucoup ou qui ont assisté à un grand nombre d'interventions intra-pelviennes seront de cet avis. Il suffit d'avoir vu faire plusieurs hystéropexies avec salpingo-oophorectomies pour être fixé sur ce point. Le raccourcissement intra-pelvien des ligaments ronds, comme des ligaments larges ou utéro-sacrés, dès qu'il a des adhérences pelviennes, devient une opération malaisée et certainement bien plus difficile à faire qu'une hystéropexie. Certes on peut recourir à l'artifice de Trendelenbourg (surélévation du bassin) ou bien à la manœuvre qu'emploie avec succès M. Terrier pour dégager le petit bassin (refoulement, avec

des serviettes stérilisées à l'autoclave et par les mains de l'aide, de la masse intestinale vers le diaphragme); mais, chez certaines femmes, cela ne suffirait certainement pas[1].

C). Possibilité d'une récidive. — Un argument qui nous semble encore assez sérieux, c'est la possibilité d'une *nouvelle élongation des ligaments ronds raccourcis*, comme cela a été observé après l'Alquié-Alexander ordinaire[2].

Il n'y a pas de raison, en effet, de supposer que ces ligaments, qui se sont une première fois allongés, pendant ou après la production de la rétrodéviation, qui sont altérés secondairement et non primitivement, ne pourront pas, après leur raccourcissement artificiel, à nouveau s'allonger, s'étirer sous l'influence de la même cause, c'est-à-dire la tendance d'un utérus malade à retomber en arrière ou à se fléchir sous l'influence de son poids et de la pression abdominale. Qu'on n'oublie pas, en effet, que ces ligaments ronds peuvent d'autre part être atrophiés lors de l'opération.

Nous pensons que des ligaments ainsi altérés ne doivent intéresser que très peu le chirurgien, quand il peut les remplacer par des liens fibreux de nouvelle formation qu'il est maître de créer à sa guise. Ceux qui sont dus à l'hystéropexie abdominale antérieure (surtout quand la fixation de l'utérus est *directe*) nous paraissent présenter une solidité plus grande en raison de leur faible longueur, de leurs plus grandes dimensions en largeur, et de leur mode de développement. (On sait que les adhérences aseptiques dans une région aseptique sont plus solides que celles qu'on crée sur un organe déjà malade.) D'ailleurs des observations nombreuses prouvent déjà qu'ils peuvent vivre un temps fort respectable pour des ligaments d'origine chirurgicale, sans subir d'élongation telle qu'il y ait reproduction de la rétrodéviation[3].

[1] Cuzzi a fait déjà remarquer que dans un cas qu'il a opéré (Cuzzi, Cas II, Tableau I), le procédé de Ruggi eût été inapplicable.

[2] Nous savons que Grandin a fait, récemment aussi, ressortir l'importance de cette objection. (Discussion qui a suivi la communication de Dudley à l'Académie de Médecine de New-York.)

[3] Les échecs assez nombreux enregistrés après l'hystéropexie ne nous empêchent pas de croire a priori à la supériorité des pseudo-liga-

3° **Conclusions**. — *Indications du Procédé.* — Est-ce à dire qu'il faille dès aujourd'hui condamner irrévocablement, sans plus ample informé, et comme nous l'avons fait pour l'Hystéropexie extra-péritonéale, le Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Méth. Wylie-Ruggi, Dudley modifié)? Nous ne le pensons pas. Nous croyons utiles les essais qu'on tentera dans ce sens, quand, le ventre ouvert, on verra qu'il s'agit de cas où les ligaments ronds sont hypertrophiés notablement ou sont encore solides et pourvus de bonnes insertions; où les lésions paramétritiques sont peu intenses ; où il n'y a qu'*une rétroversion mobile ou peu adhérente* ou bien *une rétroflexion à peine marquée, sans la moindre tendance au prolapsus*. En effet, dès que l'utérus a l'air de vouloir descendre, quand la malade accuse une sensation constante et très pénible de poids sur le périnée, il faut absolument recourir à l'hystéropexie. Ce qui montre bien que le raccourcissement intra-abdominal ne donnerait rien dans de tels cas, c'est qu'un Alexander, admirablement réussi dans un fait de ce genre au point de vue du redressement de l'utérus, n'empêche pas la femme à laquelle nous faisons allusion de souffrir à ne pouvoir marcher (Segond) [1]. — Le procédé modifié de Dudley devra être utilisé, comme nous l'avons déjà dit, surtout dans les cas de *rétroflexions*.

Ainsi, tout ce qui précède montre bien que l'idée de ce raccourcissement n'est pas aussi fantaisiste qu'on aurait pu le croire à première vue, avant l'étude détaillée des observations déjà publiées. Comme il n'y a que les faits qui puissent trancher cette question, attendons qu'en France quelques chirurgiens tentent l'opération de Wylie ou l'une de ses variantes. On pourra alors la juger avec des arguments qui entraîneront certainement la conviction des lecteurs et des opérateurs dans un sens ou dans l'autre.

ments ainsi créés; nous justifions plus loin cette opinion en signalant les principales causes des échecs de l'hystéropexie.

[1] Communication orale.

C. — FIXATION ANORMALE

(*Variété d'Hystéropexie antérieure.*)

Hystéropexie vésicale.

Nous devons dire quelques mots maintenant, n'ayant pas eu l'occasion d'y insister déjà, de la Vésico-fixation, ou mieux à notre avis, *Hystéropexie* (Utéro-fixation) *vésicale* [1], opération qui consiste, comme son nom l'indique, à *fixer l'utérus à la face postérieure de la vessie*, au lieu de le suturer à la paroi abdominale antérieure.

Imaginée et exécutée la première fois par M. le professeur Werth (de Kiel), le 10 février 1884, cette opération a été signalée et brièvement décrite par Kelly (de Philadelphie) dans son second mémoire sur l'hystéropexie.

Voici la traduction de l'observation *princeps* de Werth, résumée par Kelly [2].

OBSERVATION XVII

(Werth ; d'après Kelly)

Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Rétroflexion utérine. — Hystéropexie vésicale.

Les adhérences fixant l'utérus dans la cavité de Douglas furent détachées et celui-ci amené en antéposition marquée. Puis il fut

[1] Ne pas confondre Vésicofixation ou Hystéropexie vésicale (ancienne Cysto-hystéropexie) avec la *Cystopexie abdominale*, opération exécutée pour la première fois le 15 mars 1889 par M. Tuffier, pour traiter une cystocèle; car cette dernière consiste soit à fixer la vessie prolabée à la paroi abdominale antérieure, au-dessus du pubis (*Cystopexie Suspubienne* (*Nobis*), comme l'ont fait Tuffier, de Valcos et Dumoret, soit à la fixer au canal inguinal (*Cystopexie inguinale* ou latérale, Byford), et non plus l'utérus à la vessie. — Elle a beaucoup plus d'analogie avec la *Rectopexie* (Archopexie) *postérieure* de M. Verneuil, et même la *Néphropexie*, qu'avec l'Hystéropexie. Nous nous bornons avec intention à ces seules réflexions sur ce sujet pour ne pas sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Voir d'ailleurs sur ce point (*Cystopexie*) : Byford (T. Henry) (Chicago). *The cure of cystocèle by inguinal suspension of the bladder, colpocystorrhaphy;* in *The american Journal of Obstetrics*, février 1890, p. 152 (An. in *Ann. de Gyn.*, mai 1890, p. 392). — Tuffier. *Cystopexie pour Cystocèle.* Comm. à la *Soc. de Chir. de Paris*, séance du 28 mai 1890. — Terrier. *Soc. de Chir.*, 18 juin 1860 (*Rapport* sur les Observ. de Tuffier, de Valcos et Dumoret.). — Baudouin (Marcel). *Une nouvelle opération pour la Cystocèle vaginale;* in *Progr. Méd.*, n° 25, 21 juin 1890, p. 502 et 507.

[2] Kelly. — *Loc. citato.*

suturé au péritoine de la face postérieure de la vessie à l'aide de fils de soie; deux très probablement.

Pendant la première nuit qui suivit l'opération, la malade se plaignit de flatulence; *mais il n'y eût pas la moindre difficulté d'uriner; elle urina seule.*

Le quinzième jour, elle accusa des tranchées douloureuses dans la région hypogastrique droite et au-dessus de la symphyse.

Le 3 mars, l'utérus fut trouvé en antéversion ; son fond était accolé à la paroi abdominale, en arrière de la cicatrice de la laparotomie. Le col était dirigé très en arrière.

Le 27 mars, la malade se trouvait en très bonne santé.

C'est là le seul cas d'Hystéropexie vésicale que l'on connaisse jusqu'à ce jour. Encore s'agit-il d'une hystéropexie vésicale complémentaire. M. Pozzi, dans son rapport à la Société de Chirurgie sur l'observation de M. Picqué, l'a rappelée et rangée au milieu de Ventro-fixations, tout en faisant remarquer que cette opération ne méritait pas ce nom. C'est lui qui a donné à ce procédé le nom de *Vésico-fixation*. On conçoit mal, ajoute-t-il, l'utilité d'une manœuvre aussi étrange. Pourtant le résultat obtenu par Werth prouve que cette intervention a été suivie d'un succès tout au moins passager.

Lorsque Sænger communiqua à la *Société de Gynécologie* de Leipzig son travail sur la Ventro-fixation, Landerer fit allusion au procédé de fixation de l'utérus à la vessie préconisé par Werth, et raconta qu'il s'était déjà posé cette question : Ne valait-il pas mieux suivre l'exemple de Werth que suturer l'utérus à la paroi abdominale ? Sænger répondit alors que théoriquement la Vésico-fixation du professeur de Kiel semblait plus apte que la ventro-fixation à ramener et à maintenir l'utérus dans sa situation normale; mais il craignait que cette opération ne déterminât des douleurs notables (1887).

Depuis cette époque, l'Hystéropexie vésicale n'a plus fait parler d'elle, jusqu'au moment où M. Tuffier conçut l'idée de la *Cystopexie* (1889); mais nous avons vu qu'il ne fallait pas confondre ces deux opérations, comme on l'a fait souvent jusqu'ici. Quant à prédire l'avenir d'une telle intervention, nous ne nous en préoccuperons pas. Si nous y avons consacré

quelques lignes, c'était dans le seul but de mettre au point la question historique. Il faut attendre de nouvelles tentatives pour juger ce procédé, qui n'est peut-être pas aussi irrationnel et aussi extraordinaire que le pense M. Pozzi, mais qui ne peut plus entrer en parallèle avec l'hystéropexie abdominale antérieure dans la cure des rétroflexions.

Sur ce point encore, plutôt que de se prononcer, il faut aujourd'hui se taire et prendre patience. Cependant notre impression est qu'une telle fixation doit être bien peu solide si l'on ne prend qu'un peu de tissu des parois vésicales, et assez dangereuse si l'on en comprend trop dans l'anse fixatrice. Aussi sommes-nous convaincu que même dans les cas de rétrodéviation peu marquée elle pourrait souvent demeurer insuffisante. L'important est, en l'espèce, de ne pas s'illusionner et de ne pas croire au succès par fixation ou *suspension* de l'utérus à la vessie, alors qu'il peut être dû à la simple destruction des adhérences pelviennes avec redressement de l'utérus, comme nous le montrerons bientôt.

CHAPITRE VI

SUITES OPÉRATOIRES
ET
VALEUR THÉRAPEUTIQUE
DE L'HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE

SOMMAIRE. — Suites opératoires et Valeur de l'Hystéropexie intra-péritonéale.

I. RÉSULTATS DÉFINITIFS. — A. *Résultats immédiats* : Fixation de l'utérus; disparition des accidents (douleurs, phénomènes rectaux, etc.); retentissement de l'opération sur la vessie. — B. *Résultats éloignés.* Valeur de l'hystéropexie : 1° comme moyen de redressement persistant de l'utérus rétrodévié : A. Insuccès orthopédiques. *a*) *De la destruction des adhérences par la laparotomie comme moyen de traitement des rétrodéviations utérines.* *b*) Recherches des causes d'échecs orthopédiques après l'hystéropexie. B. Succès orthopédiques. — 2° au point de vue de la disparition des phénomènes fonctionnels dus aux rétrodéviations utérines seules. — II. ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES : infections diverses, éventrations, etc. — III. GRAVITÉ DE L'OPÉRATION (Cas de mort). — IV. PRONOSTIC.

I. — RÉSULTATS DÉFINITIFS DE L'HYSTÉROPEXIE

A. — Résultats immédiats.

Nous l'avons dit, l'Hystéropexie est faite dans le but :

1° De corriger la déviation utérine ; partant

2° De faire cesser les accidents qu'entraîne cette déviation elle-même.

1° CORRECTION DE LA DÉVIATION

Et d'abord l'utérus reste-t-il, pendant quelques semaines au moins, dans la position qu'on lui a donnée après correction de la déviation ? Poser aujourd'hui cette question paraît

enfantin ; ce ne l'était pas il y a un an. En tous cas, il suffit de parcourir nos deux tableaux pour voir ce qu'il en est. La fixation a donné des résultats immédiats superbes dans presque tous les cas. Lorsqu'elle ne réussit pas d'emblée cela peut tenir à deux causes : 1° l'opération n'a pas été exécutée comme il le fallait (Klotz, T. II, Cas I et II) ; 2° il intervient : *a*) un phénomène quelconque (que parfois nous ne pouvons apprécier et qui nous échappe) ; *b*) ou bien, le plus souvent, une complication qui ne devrait pas survenir (cas de M. Polaillon, cité par Dumoret : observation d'hystéropexie pour prolapsus, par exemple). Mais nous sommes convaincu que les faits de cette dernière catégorie diminueront peu à peu ; ils finiront par disparaître complètement, quand on sera tout à fait fixé sur le *modus faciendi* et quand tous les chirurgiens seront absolument rompus aux pratiques de l'asepsie.

Quant aux causes constatables qui déterminent des récidives très rapides, par exemple des chutes, des efforts variés pendant la convalescence, il est certain que nous n'y pouvons rien, sauf en ce qui concerne leur prophylaxie. D'ailleurs ces faits-là sont extrêmement rares. Ils méritent à peine une aussi brève mention.

2° DISPARITION DES DOULEURS ET DES AUTRES ACCIDENTS

a). *Douleurs*. — La disparition des douleurs, dès les premiers jours qui suivent l'opération, est aussi réelle, dans la très grande majorité des cas. On la note même d'une façon très nette dans les cas où il n'y avait pas de lésions des annexes et où l'on n'a fait que l'hystéropexie simple, sans castration (Léopold, Cas VII, par exemple, entre autres).

Ces constatations réduisent donc à néant l'opinion de Hégar, Kaltenbach[1] et bien d'autres, qui prétendent que les douleurs ne disparaissent que parce qu'on a fait la castration. A supposer même que l'hystéropexie type ne calmât pas

[1] Kaltenbach d'ailleurs est un peu revenu de cette manière de voir, pour la majorité des cas au moins.

mieux que la castration les douleurs abdominales, — ce qui n'est absolument pas démontré, — il faudrait encore la préférer à l'ablation des ovaires, puisqu'elle est une opération conservatrice au plus haut chef. En réalité, la rétrodéviation seule peut être cause de douleurs, et l'hystéropexie peut les faire disparaître d'une façon complète et rapide, comme le prouve un grand nombre d'observations du Tableau II. Qui plus est, des femmes, déjà castrées, continuent à souffrir? On les hystéropexie parce que, le ventre ouvert, on a trouvé une rétrodéviation. Or, tout cesse et elles guérissent radicalement. Que veut-on de plus? (Cas VI de Lee, par exemple; Cas de Cushier, de Slavjanski.)

Il est bien certain qu'il y a, à ce point de vue, quelques échecs explicables par la multiplicité des lésions; mais ils sont trop restreints pour que la valeur de l'hystéropexie puisse en être diminuée. (Voir plus loin.)

b). *Symptômes rectaux.* — Inutile d'ajouter que l'hystéropexie a guéri radicalement et rapidement les « accidents d'occlusion » (comme dans le cas de Kœberlé), quand ils existaient ou simplement de compression rectale (constipation invétérée), dans tous les cas.

c). *Remarques.* — Certains auteurs étrangers, voulant trop prouver, ont été jusqu'à faire ressortir certains bénéfices immédiats de l'hystéropexie, sur lesquels nous n'insisterons pas à dessein; par exemple celui-ci: « Les vierges opérées ainsi ne sont pas *chirurgicalement déflorées !* » C'est pousser un peu loin les choses, on l'avouera, que de s'arrêter à de telles considérations, conséquences d'une morale stupide, quand il y va, comme dans toute anesthésie, presque de la vie humaine!

D'autre part, on ne fait aucune opération vaginale. Par conséquent on ne pratique au préalable aucun examen par cette voie; ce qui, chez les nerveuses, peut les empêcher de se livrer à la *masturbation!* Quand on pense que cela est expressement noté en effet dans le sixième cas de Sænger! Une telle nerveuse, dira-t-on, devait-elle être opérée? La meilleure preuve est qu'elle a guéri.

3° RETENTISSEMENT DE L'OPÉRATION SUR LA VESSIE

(*Influence de l'opération sur les accidents vésicaux antérieurs.*)

a). *Action sur la vessie.* — On devait se demander, et tous les opérateurs n'ont pas manqué de discuter *à priori* cette question : Comment la vessie supporterait-elle un voisinage, un contact aussi intime que celui d'un utérus fixé au-dessus d'elle, couché en quelque sorte sur sa face postérieure? On pouvait craindre l'apparition d'un trouble quelconque dans le fonctionnement de cet organe. Le domaine que la vessie, pendant sa distension progressive, est habituée à envahir étant ainsi limité en arrière, il était raisonnable de penser que l'accumulation de l'urine dans le réservoir vésical pouvait être gênée, et que désormais le réservoir ne pourrait se remplir qu'incomplètement, et ne conserver, en conséquence, qu'une quantité moins considérable de liquide.

Ceci se comprenait d'autant mieux que la vessie, chez la femme, a une certaine capacité en raison de la rareté des mictions. La conclusion théorique à tirer de la mise en pratique de cette nouvelle opération était donc que la miction deviendrait, pendant un certain temps au moins après l'intervention, un peu plus fréquente que d'habitude, et que les contractions de la vessie pourraient être douloureuses en raison des adhérences utérovésicales possibles, adhérences d'origine post-opératoire. Mais certainement au bout de quelque temps, la vessie s'habituerait à cette nouvelle manière d'être, et tout symptôme vésical insolite devrait disparaître. Ils n'y aurait donc eu là qu'une gêne passagère.

Heureusement la théorie était ici tout à fait en défaut. L'expérience est en effet venue montrer de suite que le réservoir vésical était de bien meilleure composition qu'on aurait pu le penser, et qu'il s'accommodait assez facilement et assez rapidement d'un contact aussi intime avec son voisin. Celui-ci, d'ailleurs, n'est-il pas à l'état normal, en antéversion presqu'aussi complète, s'il n'est pas ainsi fixé au sommet de la vessie ?

Dans la plupart des observations publiées jusqu'ici on n'a pas noté en effet l'apparition de troubles vésieaux importants, pendant les suites immédiates de l'opération ; et pourtant tous les observateurs les guettaient avee grand soin. C'est au moins ce qui a eu lieu pour les eas que nous avons observés chez M. Terrier et, s'ils avaient existé, même dans les cas publiés, en quelques lignes seulement, on n'aurait pas manqué de les faire eonnaître.

Toutefois, nous devons signaler et analyser les observations dans lesquelles on a constaté quelques phénomènes du eôté de la vessie. En compulsant les deux tableaux d'observations que nous avons plaeés à la fin de ce travail, on n'en trouvera que cinq cas ; chaeun, d'ailleurs, demande à être étudié avec détails.

1° Dans une observation de M. Picqué (Cas V, Observ. 50 du Tableau II), on voit que son opérée a eu, à la suite d'une hystéropexie type (faite de parti pris et sans ablation d'annexes), une véritable *Cystite*, suivie bientôt d'accidents de pyélonéphrite. Cette eomplication est-elle implicable à l'opération ? Evidemment non. D'ailleurs, M. Piequé le fait remarquer lui-même. Dans cette observation, que rapporte M. Racovicéanu, il s'agit bien réellement d'un cas d'infection vésicale, due, non pas à l'hystéropexie — ce qui serait impossible à comprendre, — mais à des cathétérismes exécutés avec des instruments non aseptiques, à diverses reprises après l'intervention. C'est donc là un beau eas d'infection des voies urinaires à l'aide de sondes malpropres et non un mauvais exemple d'hystéropexie. Il est done à retrancher des cinq cas signalés plus haut ; d'ailleurs il n'est pas le seul.

2° Parmi les malades qui, après l'hystéropexie, ont présenté des symptômes vésicaux, il faut eneore mettre à part celles chez lesquelles *avant l'opération* existaient déjà, en même temps que des *troubles* des organes génitaux, des phénomènes de cystite ou de névralgie vésicale. Rien d'étonnant, en effet, à ee que dans ces eas l'hystéropexie ne les ait pas fait disparaître (et pourtant c'est le contraire qui, souvent, semble avoir eu lieu, comme nous allons le montrer). Rien d'étonnant même à ce que ees symptômes reparaissent, plus

ou moins *atténués* à une époque tardive, après s'être amendés pendant les quelques semaines qui suivirent l'opération (Czerny, Cas I (2e série), Observation 33, Tableau I.)

3° Il nous reste maintenant à expliquer les déterminations vésicales stipulées dans les observations de Sænger (Cas I et II, Observations 31 et 32, Tableau I) et de Werth (Observation 42, Tableau I). Dans les deux cas de Sænger, il y a eu du ténesme vésical, qui, d'ailleurs, a eu peu de durée ; c'est à peine s'il a été noté dans les premiers jours. Werth a observé de la dysurie, de la rétention d'urine, puis une légère incontinence pendant une dizaine de jours ; mais bientôt tout cessa. Est-ce la peine vraiment d'insister sur des *Troubles purement fonctionnels* aussi minimes et aussi passagers ? La vessie s'est trop vite accommodée, pour que nous soyons nous-même bien sévère.

Nous tenons à faire remarquer, toutefois, qu'il s'agit là d'hystéropexies *complémentaires*, faites par la méthode dite *semi-directe ;* or, on le sait, ce sont là des opérations qui ne rentrent que par analogie dans la classe des *véritables* hystéropexies (H. *directe de parti pris*). — D'autre part, dans certains de ces cas, il est fort probable qu'il y avait avant l'opération des phénomènes douloureux du côté de la vessie ; mais les auteurs n'ont pas cru devoir donner dans leurs mémoires d'éclaircissements sur ce point. Quoi qu'il en soit, on voit que les craintes théoriques, inséparables des premiers débuts, ont été fortement exagérées[1]. L'observation attentive des opérées les a réduites à leur juste valeur, c'est-à-dire à néant ou peu s'en faut.

Si l'on avait réfléchi, au préalable, à ce qui se passe du côté de la vessie après les hystérectomies abdominales et les laparomyomotomies avec pédicule externe[2], on aurait compris que la suspension de l'utérus au-dessus de la vessie ne pouvait avoir aucun inconvénient sérieux. Des centaines

[1] M. Ozenne, dans l'analyse qu'il a publiée récemment de la thèse de Dumoret (*Bulletin médical*, 8 janvier 1890), prétend bien que M. Rieffel a observé 3 fois des troubles vésicaux après l'hystéropexie ; mais ce dernier nous a écrit qu'il ne s'agissait pas d'observations prises avec tout le soin désirable et que jusqu'à nouvel ordre il ne fallait pas en tenir compte.

[2] Et même après l'Alquié-Alexander.

d'observations sont là pour le prouver ; mais on n'y avait point songé. Un fait clinique qui contribue en outre à diminuer l'importance des prétendus phénomènes vésicaux consécutifs à la véritable hystéropexie, c'est le succès réel obtenu par Werth lui-même[1] dans le seul cas d'Hystéropexie vésicale (*Vésico-fixation*) qui ait été pratiquée. Sa malade, en effet, n'a pas eu la moindre difficulté pour uriner après l'opération Pourtant, si la vessie doit se trouver sérieusement incommodée par le voisinage par trop intime de l'utérus, c'est certainement après une semblable intervention qui a pour but exclusif de faire supporter tout le poids d'un utérus — généralement augmenté de volume — au péritoine de la face postérieure de la vessie. Une expérience aussi positive a bien sa valeur à côté de ces fameux faits négatifs, qu'on en est presque réduit à chercher pour les prétendus besoins de la théorie[2].

b). *Influence de l'opération sur les accidents vésicaux antérieurs*. — Ce qu'il y a de plus curieux à constater encore, c'est l'amélioration, après l'opération, des troubles vésicaux existant avant l'intervention. M. Lucas-Championnière a le premier insisté, avec raison, sur ce point à la *Société de Chirurgie*. Ce résultat est d'ailleurs assez patent dans certaines observations allemandes où il est dit que les malades avaient, avant l'hystéropexie, des symptômes manifestes de cystite ou de névralgie vésicale. Qu'on lise à ce propos les observations de Czerny (Cas I et II, 1re série, Observations 12 et 13, Ta-

[1] Werth, est celui qui, comme Sænger, a eu dans un cas des troubles vésicaux après une hystéropexie complémentaire.

[2] C'est le lieu de rapporter une remarque de M. Pozzi. Ce chirurgien a observé dans un cas (Obs. 52, T. II), après une hystéropexie, non pas seulement l'antéversion habituelle de l'utérus, signe d'une fixation persistante, mais une légère incurvation de la matrice en avant, une sorte d'antéflexion très légère. Il a émis l'idée qu'il s'agissait peut-être là d'une déformation utérine consécutive aux pressions répétées exercées par la vessie pendant ses phases de dilatation. Ne faudrait-il pas voir plutôt dans ce cas une antéflexion se produisant par le même mécanisme habituel de toutes les antéflexions non congénitales ou plutôt quelque chose d'analogue à ce qui a déterminé Kelly à modifier son procédé de fixation, c'est-à-dire un effet de la pression abdominale sur le fond de l'utérus ? (Voir ch. III.) D'ailleurs la chose n'a qu'un intérêt très restreint.

bleau I ; Cas II, 2e série, Observation 34, Tableau I) ; de Schultze (Observation 57, Tableau I) ; de Routier (Observation 78, Tableau II), et l'on sera convaincu. Ajoutons-y encore le cas récent, inédit, de notre maître, M. Quénu, où il y a eu disparition rapide après l'opération de troubles vésicaux antérieurs (paralysie vésicale), disparition qui ne s'est pas démentie même un an après, quoique les douleurs n'aient pas complètement disparu. L'explication à donner est variable suivant les cas, mais assez facile à saisir en y réfléchissant un peu.

Notons aussi que jamais on n'a observé l'*aggravation*, après l'hystéropexie, des symptômes vésicaux existant avant l'intervention. C'est là un fait qui plaide bien en faveur de l'innocuité en général de l'hystéropexie vis-à-vis de la vessie.

B. — Résultats éloignés de l'Hystéropexie.

Pour les opérations d'hystéropexie, comme pour toutes les opérations plastiques, les résultats *tardifs* sont de beaucoup les plus importants à étudier, car ils sont la justification même de l'intervention. Comme il s'agit là d'une opération qui peut encore, à l'époque actuelle, devenir sérieuse, — quoique dans certaines mains et dans certaines conditions bien déterminées elle soit toujours bénigne, — il importe d'examiner ce point de la question dans tous ses détails et avec une attention soutenue.

La plupart des observations étant encore trop récentes pour qu'on puisse aujourd'hui en tirer des conclusions fermes, nous ferons le moins de raisonnements possible sur ce point — qui en comporterait beaucoup — et attendrons la publication de faits plus anciens.

Cependant, avec les données que l'on possède aujourd'hui, on peut déjà se faire une idée approximative des résultats éloignés fournis par l'hystéropexie. Ne sait-on pas que l'opérée de Kœberlé est restée plusieurs années guérie ? Nous ne voulons pas ici reprendre une à une toutes les observations des malades suivies plus de trois mois, six mois, ou *plus d'un an* (par exemple), quoiqu'elles soient peu nombreuses. Pourquoi, en effet, choisir plutôt le terme d'un an que celui

de deux ans, ou celui de trois mois, ou de six mois? Pourquoi dire : nous considérerons comme un *succès* définitif thérapeutique tout cas dans lequel l'utérus sera resté fixé pendant six mois! Il n'y a aucune raison plausible pour prendre un moyen terme, un point de repère quelconque. Tel utérus qui est resté fixé pendant quatre ans peut retomber plus tard. Dès lors, pourquoi insister? Nous tenons néanmoins à consigner ici ce que nous avons remarqué, en ce qui concerne la persistance de l'*antéfixation* utérine dans les observations colligées par nous.

I. — VALEUR DE L'HYSTÉROPEXIE AU POINT DE VUE DU REDRESSEMENT PERSISTANT DE L'UTÉRUS RÉTRODÉVIÉ

A. — Insuccès orthopédiques.

Les opérées qui ont pu être suivies pendant un certain temps, qui varie de trois mois à cinq ans, sont au nombre de 98 sur 235 observations, ou plutôt sur 233, car il y a eu 2 morts, sans compter les 24 insuccès au point de vue du maintien de la fixation de l'utérus, qui ont été notés.

Il nous reste donc 111 succès opératoires, suivis pendant moins de trois mois et que nous laissons absolument de côté comme ne prouvant qu'une chose : la bénignité de l'hystéropexie. Dans ces 111 cas[1] rentrent, bien entendu, toutes les malades sorties guéries, mais non revues ultérieurement.

1° *Insuccès total.* — Sur ces 233 *guérisons opératoires*, l'insuccès a été *total :* 11 fois; c'est-à-dire que 11 fois l'utérus est retombé en rétrodéviation, après un temps variable, et qu'en même temps les symptômes douloureux ont reparu : (Klotz, 6 cas[2]; — Bardenheuer, (T. I, 1 cas); — Martin (Obs. 84,

[1] Si 111 opérées n'ont pas été suivies trois mois, on voit que 122 (98 + 24) l'ont été au moins pendant trois mois. C'est plus de la moitié.

[2] 4 cas, T. I, 2e sér.; 2 cas, T. II 1re sér. L'observation N° 2 (T. II) ne doit pas compter comme insuccès, puisqu'il ne s'agit pas là d'une vraie fixation (on enleva les points fixateurs de l'utérus, de parti pris, presque de suite après l'opération ; au lieu de 233 Hystéropexies, on n'en a donc plus réellement que 232, dont 110 non suivies.)

T. I), 1 cas; Gusserow, 2 cas; un cas cité cité par Strong, (Cas III, Obs. 57, T. II). Il importe de remarquer que pour presque tous ces cas, les observations n'ont pas été publiées *in extenso*, mais citées seulement. Il est donc impossible de les discuter et de les analyser pour trouver la cause de l'échec. Dans le cas le mieux connu, celui de Martin, par exemple, la persistance des douleurs s'explique bien par l'existence d'une pelvi-péritonite ancienne. Quant à l'observation rapportée par Strong (Boston), elle ne lui appartient pas en propre, et elle est trop incomplète; aussi, dans de telles conditions, est-il impossible de retrouver les raisons de l'échec orthopédique et thérapeutique.

2° *Insuccès partiel* (*orthopédique seul*). — Dans 13 autres cas, *l'insuccès* thérapeutique n'a été que *partiel*. En effet, les malades ont été, sinon absolument guéries dans tous les cas, du moins très notablement *améliorées;* et cependant *l'utérus est retombé* en arrière. Ces observations d'insuccès purement orthopédique, qui de prime abord semblent paradoxales ou au moins contraires à l'idée même qui a conduit à l'invention de l'hystéropexie, sont cependant d'une explication assez facile, quand on possède sur elles des détails précis. Ce qui est le cas pour celles de Coe (Cas I, Obs. 80, Tableau I); de Spaeth (Cas VI, Obs. 71, Tableau I); de Picqué (Cas II, Obs. 41, Tableau II); de Klotz (2 cas, Tableau II, 3e série; et 2 cas, T. I, 2e série, Cas XIV et XV); de Strong (Cas II, Obs. 40, Tableau II). En effet, dans presque toutes ces opérations, il s'agit d'*Hystéropexies complémentaires*[1]. Les douleurs, dans ces cas-là, étaient la conséquence, non pas de la rétrodéviation, mais de lésions des annexes; on les enlève : les malades ne souffrent plus ; cela n'a rien d'étonnant. Mais précisément parce que les lésions des annexes étaient les principales, on ne fixe qu'avec peu de soin l'utérus; celui-ci retombe, ce qui est sans inconvénient d'ailleurs, du moins pour le moment. Il serait fort intéressant de savoir ce que de telles malades deviendront plus tard; mais ce serait certainement trop demander à la clinique.

[1] Mais non pour ceux de Hégar (un cas, Tableau I), et Boldt (4 cas, Tableau I).

Dans le cas de Coe, l'utérus est resté fixé assez longtemps; il n'est retombé qu'à l'occasion d'un effort; ce qui démontre bien que la fixation n'avait pas été très soignée.

De plus, de telles observations d'insuccès relatif montrent que l'opération de la fixation pure, alors même qu'elle a échoué, n'a pas été tout à fait inutile. Elle a contribué en effet, dans une certaine mesure, à *rendre mobile* et non douloureuse la rétrodéviation grave et adhérente qui existait antérieurement (Cas II de Picqué; Cas II de Strong, par exemple)[1].

Evidemment on ne saurait conclure de là qu'il faille ouvrir l'abdomen, seulement dans le but de détruire des adhérences, de mobiliser un utérus, impossible à rendre mobile par le vagin et le rectum (encore certains y ont-ils songé, comme on va le voir!). Mais il n'en est pas moins vrai, qu'en cas d'échec de la fixation utérine type, — éventualité qui doit être fort rare, — on est à peu près sûr d'avoir transformé, par le seul fait de la destruction des adhérences, une lésion incurable en une lésion facilement curable par une opération complémentaire très bénigne (l'Alexander, par exemple), et surtout en une lésion non douloureuse. Il y a des observations très probantes sur ce point, du moins pour les hystéropexies complémentaires.

A) — LA DESTRUCTION SEULE DES ADHÉRENCES PÉRIUTÉRINES PAR LA LAPAROTOMIE EST-ELLE UN PROCÉDÉ SUFFISANT POUR GUÉRIR LES RÉTRODÉVIATIONS ADHÉRENTES ET DOULOUREUSES?

Les observations auxquelles nous venons de faire allusion nous font comprendre pourquoi certains chirurgiens ayant

[1] Si le Cas II de Strong se rapporte à une hystéropexie de parti pris et à une malade dont les annexes étaient saines, on n'oubliera pas qu'il y eut abcès et fistule stercorale, c'est-à-dire intervention d'une complication suffisante pour expliquer la chute nouvelle de l'utérus en arrière. Il y eut en outre réapparition d'une rétroversion et non pas réapparition de la rétroflexion primitive. — D'autre part, pour le cas de Picqué, la malade se leva au sixième jour et l'utérus retomba de suite. Rien d'étonnant à ce qu'un échec orthopédique ait eu lieu dans ces conditions. Les deux échecs de Klotz ne sont explicables que par une faute opératoire; d'ailleurs nous ne possédons pas la relation de ces deux cas.

ouvert la cavité abdominale, dans le but d'enlever des annexes malades, et, se trouvant en présence d'une rétroversion utérine adhérente, se sont bornés à dégager, à *mobiliser* et à redresser l'utérus, *sans le fixer* (jugeant une hystéropexie complémentaire inutile) ou sans lui accoler (comme Sims et Polk) un tuteur provisoire pendant quelques jours ; et pourtant ils ont obtenu des résultats thérapeutiques assez nets !

a). *Faits cliniques*. — Les observations ci-dessous, que nous devons à l'obligeance de MM. Lucas-Championnière, Routier et Tuffier, en sont des exemples frappants; malheureusement ces malades, sauf celle de M. Tuffier, n'ont pu être suivies assez longtemps. Il ne s'agit pas là d'ailleurs de rétro-déviations pures, non compliquées de lésions anciennes ou autres.

OBSERVATION XVIII

(Tuffier, Cas I.) (Inédite [1].)

Fibromyome de l'utérus. Rétroflexion adhérente. — Raccourcissement des ligaments ronds. Echec. — Laparotomie ; libération des adhérences ; ablation des ovaires. — Guérison datant de deux ans.

Mme Les..., âgée de quarante-cinq ans, habite Bezons. Je suis appelé près d'elle par mon confrère, M. le Dr Legoy de Houilles, qui m'a fourni les antécédents de la malade. C'est une femme pâle, amaigrie ; elle souffre depuis de longues années; depuis quatre ans, elle ne sort de son lit que pour faire quelques pas.

Réglée à douze ans, elle a eu six grossesses dont une gémellaire en 1874; depuis cette époque elle a fait une fausse couche en 1880. Elle n'a jamais présenté aucun accident à la suite de ses couches.

Le *début* de son affection abdominale remonte à dix ans. Elle vit alors son ventre grossir; elle accusa quelques douleurs et fut soignée par une ulcération du col. En même temps les règles devinrent plus abondantes et dégénérèrent en véritables pertes revenant toutes les trois semaines. Le traitement qu'elle fit ne l'améliora point ; et en 1886, les douleurs occupèrent l'hypogastre et la région lombaire ; elles s'accompagnèrent d'irradiations dans les deux cuisses. — La constipation devint opi-

[1] Communiquée et rédigée par M. le Dr Tuffier, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

niâtre, les mictions fréquentes et difficiles, les pertes plus abondantes. La malade perdit l'appétit et les forces ; elle maigrit et depuis ce temps sa vie se passe dans un lit ou sur un fauteuil. Un pessaire a été appliqué sans succès.

Je suis alors appelé : le palper abdominal ne donne que des signes négatifs ; au toucher vaginal, on tombe sur des culs-de-sacs latéraux indemnes, un cul-de-sac postérieur rempli par l'*utérus en rétroflexion* et un col contenant de petits *myomes*. Le toucher combiné au palper reconnaît un *utérus volumineux*. Le doigt introduit dans le rectum me fait croire à une rétroflexion *mobile*. Il en est de même de l'examen dans la situation génu-pectorale. Je pose le diagnostic : Utérus fibromateux en rétroflexion mobile. — Je propose et exécute le 13 mars 1886, avec l'aide de mes collègues et amis les Docteurs Legoy et Rollin, le *raccourcissement des ligaments ronds*. J'enlève 8 centimètres de ligament de chaque côté et je fixe les moignons à l'aide de quatre points de suture à soie phéniquée. Pendant cette intervention le doigt d'un aide tient l'utérus absolument redressé. Réunion par première intention. Pas de drains. — Guérison opératoire complète au dixième jour.

Le 21e jour, la malade se lève et pendant deux mois l'amélioration au point de vue des douleurs est telle que cette femme se croit guérie. Mais à partir de cette époque les douleurs apparaissent, puis augmentent, et acquièrent la même intensité qu'avant l'opération. Pertes abondantes qu'aucun des moyens hémostatiques ne peut arrêter.

Je revois la malade le 27 mai 1887. L'utérus est retombé dans le cul-de-sac. J'essaye en vain tous les moyens de contention pendant huit mois, et je me résous alors à une nouvelle intervention avec l'aide de MM. les Drs Legoy et Bresset.

Le 17 février 1888, *Laparotomie*. — Recherches de l'utérus et des annexes. Libération des adhérences. Castration. Ces divers temps de l'opération ont été assez curieux. — Après l'ouverture du ventre, j'ai trouvé la face antérieure de l'utérus, mais je n'ai pas pu reconnaître ni son fond, ni ses annexes. Après avoir cherché pendant longtemps je finis par me rendre compte de la disposition des parties. La face antérieure de l'utérus se perd en haut et en arrière en s'engageant sous une *sorte de bride* en ogive, sans lui adhérer, bien qu'on peut glisser le doigt sous cette bride. — J'enfonce alors profondément mon index entre la bride et l'utérus du côté du rectum ; j'accroche son fond, je l'attire, ou plutôt je l'*énuclée de sa loge*, d'où il sort brusquement en s'éten-

dant et faisant un véritable mouvement de ressort qui lui rend sa rectitude. Il est surmonté d'un myome sessile, si bien qu'il présente une longueur de 15 à 20 centimètres ; je détache alors de chaque côté les annexes adhérentes et je pratique l'ablation des deux ovaires et des deux trompes.

Durée de l'opération, 1 heure.

J'abandonne l'utérus ainsi libre et *sans aucune fixation à la paroi*[1]. Sutures profondes et superficielles. — Pansement iodoformé.

Suites. — Au septième jour on enlève le fil.

Aucun accident. — La température n'a jamais dépassé 37°.

J'ai revu cette malade tous les six mois, depuis deux ans. Il n'y a jamais eu aucune douleur. Cette femme a repris la vie commune; elle travaille aux champs toute la journée, après avoir passé quatre années au lit. Les règles ont reparu un peu, trois mois après l'intervention. Depuis cette époque aucune perte. L'utérus est resté mobile, il a diminué rapidement de volume pendant la première année ; depuis lors, il présente à peu près ses dimensions normales (5 avril 1890) [2].

OBSERVATION XIX

(Routier, Cas III.) (Inédite) [3].

Rétroflexion adhérente de l'utérus. Salpingites doubles. — Salpingo-oophorectomie double. — Guérison sans fixation utérine.

H. L..., trente-cinq ans, entrée le 2 décembre 1889 à l'hôpital Laennec.

Antécédents. — Réglée à quinze ans, elle a eu quatre enfants, le dernier il y a neuf ans; depuis lors douleurs abdominales et leucorrhée continuelle. Ménorrhagies trois ou quatre fois par mois, assez abondantes.

Col volumineux *Rétroflexion* angulaire totale. Le fond de l'utérus descend plus bas que le col dans le cul-de-sac postérieur. Hystérométrie impossible une première fois; elle réussit une deuxième fois. On trouve 8 centimètres comme longueur de cavité utérine ; l'hystérométrie montre que la rétroflexion est totale. N'ayant

[1] La disposition des parties explique bien la fausse réduction faite par l'Alexander.

[2] M. Tuffier aurait deux autres laparotomies récentes pour destruction des adhérences dans deux cas de rétrodéviations utérines (Comm. orale).

[3] Les Cas I et II de M. Routier se rapportent à des hystéropexies relatées dans nos tableaux.

rien senti dans les annexes, M. Routier essaye la réduction de l'utérus sans résultat ; puis il pratique la dilatation utérine et essaye encore la réduction sous l'anesthésie. Insuccès.

Laparotomie le 26 décembre 1889 dans le but de faire une hystéropexie simple. — On trouva une rétroflexion totale fixée par des salpingites muco-purulentes doubles, assez grosses. — *Ablation des annexes.* L'utérus *redressé* saigne beaucoup ; on le saupoudre d'iodoforme. Comme il se tient parfaitement redressé, sans tendance aucune à retomber en arrière, on ne le fixe pas.

Aides : MM. Reblaud, Péron, Brunet.

Durée : cinquante minutes.

Suites. — Simples. Sortie guérie le 2 janvier 1890. L'utérus est en place et non douloureux ; il est mobile. Hystérométrie 9 centimètres ; elle montre que l'utérus est bien redressé.

D'autres allant plus loin, dans des eas analogues, ont laissé l'utérus en rétrodéviation et cependant leurs malades ont guéri. L'observation suivante, due à M. Lucas-Championnière, en fait foi. D'ailleurs Hégar et Kaltenbach avaient déjà eité quelques faits analogues [1].

OBSERVATION XX

(Lucas-Championnière, Cas V.) (Inédite [2].)

Rétroversion utérine. Salpingo-ovarite. — Salpingo-oophorectomie. Destruction des adhérences péri-utérines et non-redressement de l'utérus. — Guérison.

Femme souffrant beaucoup dans le ventre.

Rétroversion très marquée de l'utérus. Ovaires malades.

Opération. — Ablation des annexes altérées. Rétroversion utérine, adhérente, libérée; mais pas de fixation de l'utérus. — Guérison.

Cette femme a été souvent revue. L'utérus est toujours en *Rétroversion*. Mais cette malade peut maintenant se tenir debout et marcher, sans ressentir la moindre douleur.

b.) *Discussion de l'opération dans les Rétrodéviations.* — Les faits du genre de l'observation de M. Lueas-Championnière prouvent seulement que les phénomènes douloureux étaient bien dus aux lésions des annexes. Celui de

[1] Voir plus haut, même chapitre.

[2] Les autres observations (I, II, III, IV) sont consignées aux pièces justificatives, car elles se rapportent à des Hystéropexies.

M. Tuffier est très particulier, mais très instructif et très démonstratif. Mais, pour que des observations analogues à celles de M. Routier puissent démontrer que la destruction des adhérences seule peut réellement amener la guérison des symptômes dus à la rétrodéviation, il faudrait qu'elles eussent trait à des cas où les annexes étaient saines et dans lesquels on n'ait pas fait la castration.

Tant qu'on n'aura pas publié de faits de cette catégorie, nous continuerons à penser qu'il vaut beaucoup mieux compléter la destruction des adhérences par la fixation de l'utérus, si facile, si sûre et si bénigne.

Pourtant une assertion émise par Cohn, à propos des hystéropexies qu'il a pratiquées, tendrait à faire admettre déjà que la destruction simple des adhérences rétro-utérines peut être suffisante pour faire cesser tous les accidents. En effet, il ne considère pas *comme utile* que l'adhérence artificielle, créée par l'opération, soit de longue durée ; car, d'après lui, au bout de plusieurs mois le maintien de l'utérus en antéversion serait favorisé par la pression abdominale. Un peu de relâchement de l'adhérence utéro-pariétale n'aurait pas d'inconvénients[1].

Quoi qu'il en soit, nous pensons que dès aujourd'hui l'on est parfaitement autorisé à tenter d'emblée des essais dans ce sens sur la femme malade et plus particulièrement dans les cas de *rétroversions adhérentes* et de *rétroflexions symptomatiques* de tumeurs abdominales, par exemple, quand les ligaments utérins paraissent à peine distendus.

C'est là la seule façon d'élucider cette question, de savoir si la destruction des adhérences pelviennes et le redressement de l'utérus sont capables de guérir une rétrodéviation adhérente et douloureuse, sans lésion des annexes, de savoir

[1] *Nouvelles Archives d'Obstétrique*, 25 mars 1890, p. 135 (traduction). Comparez les remarques faites par Kelly (Voir ch. III, Description de son nouveau procédé). A rapprocher aussi de l'opinion de Léopold qui ne demande pas des adhérences trop solides, puisqu'il reproche à la fixation par sutures perdues de créer une union trop intime avec la paroi abdominale : opinion à la rigueur soutenable, mais pour les rétroversions seulement et non pour les rétroflexions et le prolapsus.

en un mot si la fixation proprement dite de l'utérus n'est qu'une précaution, qu'un luxe, dont on peut parfaitement se passer. A quoi serviraient en effet des essais expérimentaux? Et ne sait-on pas qu'une telle opération, faite selon les règles de l'art chirurgical moderne, ne peut être que bénigne. Nous attendrons encore sur ce point que les faits aient parlé, avant d'émettre la moindre opinion, différant complètement d'avis à ce propos avec notre excellent collègue et ami Pichevin[1], qui découvre — de par le raisonnement pur — que de telles tentatives ne constituent que de déplorables manœuvres et qu'on doit se garder à tout prix de les renouveler[2].

c). *Proposition de l'opération dans les antédéviations graves.* — Le redressement intra abdominal de l'utérus après sa libération, proposé seulement jusqu'ici, comme nous venons de le voir, dans les cas de rétrodéviations adhérentes, nous semble avoir encore une autre indication, et cette indication est pour nous bien plus importante encore : c'est ce qui nous engage à la signaler au moins en passant. A notre avis, c'est là l'opération de l'avenir pour les *antéversions graves de l'utérus fixé* et surtout pour les *antéflexions adhérentes, extrêmement accentuées*, dans lesquelles le fond de l'utérus déformé est logé dans le cul-de-sac vésico-utérin et appliqué directement sur le col plus ou moins hypertrophié. Il y a en effet des cas — nous reconnaissons qu'ils sont absolument exceptionnels — où l'antédéviation est vraiment pathologique, c'est-à-dire fort douloureuse et accompagnée de symptômes si graves (métrorrhagies, etc.) qu'il faut absolument intervenir. Eh bien ! si chez de telles femmes, incurables jusqu'à aujourd'hui, malgré des dilatations utérines et des curages répétés, malgré même des amputations du col plus ou

[1] Pichevin. — *Des abus de la castration* ; Thèse, Paris, 1889, p. XIII. (Introduction.)

[2] Ne pas confondre cette *destruction des adhérences pelviennes*, qu'on pourrait tenter pour guérir des *rétrodéviations utérines adhérentes* (sans lésions des annexes) : 1° avec l'*opération dite de Polk* (*Gazette des Hôpitaux*, 1887, p. 831) et qui consiste à détruire des adhérences pelviennes *pour guérir des oophoro-salpingites ;* 2° avec l'opération de *Sims-Polk* (laparotomie avec étançonnage rétro-utérin), que nous avons décrite dans le chapitre précédent.

moins eompliquées (Opération de Nicoletis, ete.), on faisait la laparotomie, dégageait le fond de l'utérus, le rejetait un peu en arrière et le laissait flottant dans l'abdomen, après l'avoir parfaitement libéré, nous sommes persuadé qu'on obtiendrait des résultats en rapport avee l'opération proposée[1].

B. — RECHERCHES DES CAUSES D'ÉCHECS ORTHOPÉDIQUES PURS

En somme, sur 232 (1 de moins, à eause du eas de Klotz eité) hystéropexies, l'utérus est retombé *au moins 24 fois*[2]. C'est là un chiffre fort respectable, et pourtant il ne faudrait peut-être pas le prendre eomme le maximum des rechutes observées. Si, à notre avis, ce ehiffre ne doit pas déeourager les opérateurs, il ne nous en indique pas moins nettement qu'il faut faire la fixation proprement dite avee le plus grand soin, pour mettre de son eôté toutes les ehanees de sueeès. Nous sommes eonvaineu, en effet, que la plupart de ees éehees sont dus *à des fixations faites trop à la légère* et d'une manière insuffisante. Puisque l'hystéropexie pour rétrodéviations utérines a réussi 208 fois sur 232 (au moins jusqu'à plus informé), pourquoi ne réussirait-elle pas toujours, à moins, bien entendu, de eauses d'échees toutes spéeiales, et surtout de fautes opératoires ?

Il ne faut pas s'étonner, en effet, si, dans un assez grand nombre de eas, l'utérus est retombé, puisque dès les premiers jours qui suivirent l'opération, il fut possible parfois de eonstater que la fixation n'avait pas été faite avee une solidité

[1] Bien d'autres opérations sus-pubiennes pourraient d'ailleurs, suivant les cas, être proposées pour combattre les antédéviations. S'il s'agissait, par exemple, d'une antéversion consécutive à une rétraction des ligaments utéro-sacrés (comme cela a été noté), on pourrait la diminuer en sectionnant plus ou moins ces ligaments rétractés et en faisant ensuite une hystéropexie haut placée (comme pour le prolapsus), pour remplacer les ligaments utéro-sacrés en partie ou en totalité détruits. La même hystéropexie pourrait aussi être appliquée aux cas d'antéflexions extrêmement aiguës, dans lesquelles l'utérus aurait une tendance à revenir en antéflexion, malgré la destruction soignée des adhérences. Il suffirait de fixer l'utérus le plus haut possible sur la paroi abdominale antérieure.

[2] Cela fait environ 10 p. 100 d'insuccès.

suffisante et dans les conditions que l'on doit s'efforcer de réaliser désormais. Un exemple suffira. Quoi d'étonnant à ce que Boldt ait observé des échecs (2 et peut-être sur 8 cas), à la façon dont il a passé ses fils fixateurs sur l'utérus ! On se rappelle qu'il redoute de traverser le tissu musculaire de l'utérus avec une aiguille armée d'un fil de soie et qu'il se borne à en faire glisser une très fine au-dessous de la séreuse péri-utérine, entre le péritoine et le muscle utérin. Dans ces conditions, nous comprenons très bien que la séreuse puisse rompre au moindre effort ; en tous cas il aurait eu plus de chance de succès, ce nous semble, en faisant comme les autres opérateurs.

D'autre part, il suffit de réfléchir au manuel opératoire employé par Strong (Cas II), pour comprendre pourquoi sa fixation utérine, — qui n'en a pas été une, en réalité, tellement elle a été rudimentaire — n'a pas tenu. Ce cas, d'ailleurs, n'a aucune importance au point de vue de l'appréciation de la méthode. C'est une opération manquée, de même que les deux premiers cas de Klotz (Cas I et II, T. II, Nos 2 et 3.)

L'utérus est retombé déjà vingt-quatre fois, on ne peut le nier ; il retombera peut-être encore dans de nouveaux cas, malgré une fixation plus solide. Pourquoi retombe-t-il ?

« Par la traction du corps de l'utérus en raison de son poids sur ses nouveaux soutiens, dit Kelly. Ceci est si vrai ajoute-t-il, que dans quelque cas, — qu'il a figurés d'ailleurs, — l'utérus bien fixé s'incurve en avant, de façon à former une concavité postérieure ; la pression jouerait aussi un certain rôle. »

C'est très bien d'avoir voulu trouver une explication ; mais est-elle admissible ? Non. Kelly se paie de mots en raisonnant ainsi. Il est bien certain que le poids de l'utérus, dans les cas où il y a prolapsus et rétroversion, l'élasticité des tissus, s'il y a rétroflexion, et la pression abdominale tendent à faire descendre cet organe ; mais cela a lieu dans presque toutes les hystéropexies. Dès lors l'utérus ne devrait jamais tenir. Comme il reste dans la place où on le met, il faut bien en conclure que c'est au chirurgien, qui ne peut deviner pourquoi l'organe peut retomber un jour, à prendre toutes les précau-

tions voulues pour qu'il ne retombe pas. Il n'a qu'à faire une *fixation très solide*, dès qu'il croit s'apercevoir que l'utérus a une notable tendance à se renverser en arrière, pour l'un des motifs suivants : augmentation de volume de l'organe ; tendance au prolapsus ; rétroflexion très difficile à corriger ; rétroversion très marquée ; mauvais état des annexes et fausses membranes nombreuses dans le petit bassin.

D'ailleurs, voici une preuve qui montre que tout dépend de la *Fixation*. Nous avons eu la curiosité de rechercher si les procédés de fixation employés avaient une influence notable sur les insuccès orthopédiques. Le résultat de notre enquête, s'il n'est pas absolument démonstratif, n'en indique pas moins c'est la *fixation directe* qui paraît la plus efficace. En effet, que la plupart des échecs ont été observés lors de fixation *indirecte* ou *semi-directe*, combinée ou non avec l'étançonnage rétro-utérin.

INSUCCÈS ORTHOPÉDIQUES

Fixation indirecte.	*Fixation semi-directe.*
Klotz. 4 cas, 2e série : Cas X, XI, XII, XIII.	Klotz. 2 cas, T. II : Cas I et II (Fixation manquée).
Spaeth : Cas VI, T. II, N° 71.	Gusserow : 2 cas.
Hégar : Obs. 69, T. II (pas de renseignement).	Strong : 2 cas, Obs. Nos 40 et 57, T. II.
Bardenheuer : Obs. 6, T. I.	
Klotz : 4 cas, T. II.	

Quand la fixation a été *directe* et qu'il y a eu échec, c'est qu'on a employé un procédé défectueux, à savoir tantôt un procédé très voisin de la fixation indirecte (Procédé de Picqué : Cas II de Picqué, Obs. 41, T. II), tantôt un procédé insuffisant (Procédé de Boldt : Boldt, 2 ou 4 (?) insuccès), tantôt un mode de sutures qui n'est pas l'idéal (sutures temporaires et non perdues : Martin, N° 84, T. II). — On le voit, le procédé Czerny-Terrier est le seul qui n'ait pas donné d'échec jusqu'ici, car celui du cas de Coe (Obs. 80, T. II), reconnaît une cause toute spéciale, un véritable *déclanchement traumatique*, brusque, de l'utérus. Quant à nous, ce simple relevé nous paraît très suggestif.

B. — Succès orthopédiques.

1° Un succès complet est venu couronner les efforts des chirurgiens dans un nombre de cas fort respectable. Ainsi, 98 fois au moins, l'utérus est resté bien fixé, redressé et bien soudé à la paroi abdominale pendant un espace de temps variant de *trois mois*[1] *à plusieurs années* (cinq ans et demi pour un cas de Prochownick, rapporté par Spaeth; six ans pour celui de Kœberlé). Ceci démontre donc amplement que l'hystéropexie n'est point une opération illusoire.

Il est plus que probable que si l'on avait pu suivre un temps aussi long (trois mois), les 110 hystéropexies, types ou complémentaires[2] qui ont encore été exécutées, on trouverait une semblable proportion de succès[3]. Pour mieux montrer les résultats consignés à ce point de vue dans les observations publiées, nous avons dressé le tableau suivant qui indique combien de temps chaque opérée a pu être suivie, dans les cas où l'utérus est resté bien fixé à la paroi abdominale et où les symptômes pathologiques ont disparu en même temps que le redressement de la déviation.

[1] Nous expliquons plus loin pourquoi nous avons choisi ce terme de 3 mois.

[2] En effet, sur 232 *guérisons opératoires* (nous retranchons toujours le cas de Klotz), il y a eu 24 échecs: reste 208. Sur ces 208 *guérisons thérapeutiques*, il y en a 98 qui ont persisté plus de 3 mois. Il y a donc 208 — 98 = 110 cas non suivis.

[3] Le calcul indique que sur ces 110 opérations (malades supposées non revues après la sortie de l'hôpital), on devrait avoir environ 100 succès, à supposer que l'on restât placé dans les mêmes conditions. En ajoutant ces 100 succès *probables* aux 98 succès *avérés* (si tant est qu'après 3 mois on puisse croire à un succès), on aurait en réalité environ 198 succès thérapeutiques sur 232 succès opératoires. Malgré nos calculs — qui d'ailleurs paraîtront trop optimistes en ce sens que l'utérus peut retomber après être resté fixé plus de 3 mois, mais qui ne le sont pas, car par la lecture des observations on peut voir que les insuccès vont chaque jour en diminuant, — nous sommes persuadé que cette approximation est, pour le nombre des succès, de beaucoup inférieure à la réalité, et qu'elle le sera surtout plus tard, quand le manuel opératoire de la fixation sera nettement établi.

TABLEAU DES CAS D'HYSTÉROPEXIES AVEC SUCCÈS THÉRAPEUTIQUE COMPLET

Suivis pendant une période de temps variant de *Trois mois à Cinq ans* [1].

OPÉRATEURS	3 mois à 5 mois	6 mois à 9 mois	9 mois à 1 an	1 an à 1 an 1/2	1 an 1/2 à 2 ans	2 ans à 2 ans 1/2	2 ans 1/2 à 3 ans	3 ans à 3 ans 1/2	3 ans 1/2 à 4 ans	4 ans et plus
Kœberlé.										I.
Sims.						I.				
Schrœder.	I.									
Klotz.		I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII [2].							IV, V, VI, VII, VIII, IX [3].	
Hennig.									I.	
Keith.				I.						
Olshausen.	I (1re série).	IV (2e série).	I (2e série).		III (2e série).					

[1] Ce tableau ne renferme que les observations où les dates sont bien spécifiées. Aucune date n'a été majorée. Nous y avons fait entrer les deux sortes d'hystéropexies (type e complémentaire), car c'est le redressement seul de l'utérus qui est ici en question. — Les chiffres romains désignent le numéro de l'observation de chaque opérateur.

[2] Certainement Klotz (ce sont là les 12 cas de la 3e série, T. II : XVI à XXVII), et plus loin Tait, ont suivi ces opérées plus d'un an, mais ils ne précisent pas. Nous avons dû prendre un moyen terme.

[3] Klotz, 2e série, T. II.

OPÉRATEURS	3 mois à 5 mois	6 mois à 9 mois	9 mois à 1 an	1 an à 1 an 1/2	1 an 1/2 à 2 ans	2 ans à 2 ans 1/2	2 ans 1/2 à 3 ans	3 ans à 3 ans 1/2	3 ans 1/2 à 4 ans	4 ans et plus
Lawson Tait.		I, II.								
Lucas-Championnière.		II, IV.	I, III.							
Kelly.	III. IV, V.			I.						
Sænger.	III, IV, VI, VIII.	VII.								
Léopold[1].	VII, VIII.	II, III, IV, V[2], VI.		I.						
Lee.	III[3], V.			I[4], IV.						
Spaeth.	II[5], XIV, XV.	VIII, XII.	IX, X.	V, VII.		IV.			III.	I.
Staude.				I.						

[1] Il parait que Léopold aurait, à l'heure actuelle, un certain nombre d'opérées radicalement guéries depuis trois ans.

[2] Bon résultat altéré par une opération complémentaire incomplète.

[3] Demi-succès par faute de technique opératoire.

[4] Peut-être y a-t-il un peu moins d'un an.

[5] Cas spécial.

OPÉRATEURS	3 mois à 5 mois	6 mois à 9 mois	9 mois à 1 an	1 an à 1 an 1/2	1 an 1/2 à 2 ans	2 ans à 2 ans 1/2	2 ans 1/2 à 3 ans	3 ans à 3 ans 1/2	3 ans 1/2 à 4 ans	4 ans et plus
Picqué.	III, IV.									
Terrier.				II.	I.					
Routier.				I.						
Czerny.				IV (2e série).	III (2e série).	I, II (2e série).				
Korn.				I, II, III.						
Quénu.			I.							
Bazy.				I.						
Schultze		I.								
Thiriar.		II.								

OPÉRATEURS	3 mois à 5 mois	6 mois à 9 mois	9 mois à 1 an	1 an à 1 an 1/2	1 an 1/2 à 2 ans	2 ans à 2 ans 1/2	2 ans 1/2 à 3 ans	3 ans à 3 ans 1/2	3 ans 1/2 à 4 ans	4 ans et plus
Martin.	IV, V.	III.		I.						
Pascali.	I.									
Cohn.	II.									
Præger.		I, II.								
Lihotzki.	I.									
Byford.	II.									
Strong.		I.								
Poncet.	I.									
Mangiagalli.		I.								
Bode.			I.							
Debrunner.	II.	I.								
Total : 98 =	26	33	7	15	3	4	»	»	8	2

Ce tableau indique qu'il y a des observations qui remontent à une époque déjà assez éloignée (Kœberlé, Prochownick, cité par Spaeth, Hennig, etc.). On connaît en outre un cas où l'adhérence a persisté au moins 7 ans (Schrœder) ; il est vrai qu'il s'agit d'un prolapsus[1]. Nombreux sont donc les succès thérapeutiques complets connus puisque, pour les seules opérations ayant au moins six mois de date et ayant été suivies, nous avons pu en enregistrer soixante-douze !

Que peut-on demander de plus à la Clinique, où rien n'est absolu ! L'hystéropexie a fait, on le voit, désormais ses preuves.

C. — Epoque à laquelle sont survenues les récidives.

En terminant ce qui a trait à la fixation de l'utérus en avant, nous voudrions montrer dans quel but nous avons choisi tout d'abord le terme de trois mois, comme point de repère dans le tableau précédent.

Ce n'est pas que nous ayons constaté qu'après trois mois les échecs deviennent assez exceptionnels ou du moins qu'ils soient relativement plus rares après qu'avant le troisième mois. Non, nous tenons à le répéter, comme nous le faisions déjà remarquer au début de ce paragraphe, nous avons pris ce point de départ (3 mois) un peu au hasard. C'est un terme de pure convention qu'il nous semble inutile de justifier à l'aide des raisons précitées, en apparence valables. Nous nous sommes basé seulement sur ce fait qu'à ce moment les opérées étaient, d'une façon générale, sorties toutes de l'hôpital depuis un mois au moins, avaient repris leurs travaux accoutumés et étaient à nouveau placées dans les conditions ordinaires de la vie.

En effet, quoi qu'en ait dit dans une récente séance de la *Société de Chirurgie* à propos des résultats définitifs de l'Alexander[2], pas plus pour l'Alexander que pour l'hystéropexie, le terme de trois mois ou de cinq mois ne doit

[1] Voir discussion récente à la suite de la communication de Veit (novembre 1889, in *Centr. f. Gynæk.*, 1889).

[2] *Société de Chirurgie*, 5 mars 1890; analyse in *Progrès Médical*, n° 10, p. 196, 1890.

constituer un temps suffisant pour affirmer que la guérison est radicale. Nous sommes sur ce point absolument de l'avis de M. Terrillon, quoique MM. Schwartz, Le Dentu, Trélat, etc., n'aient jamais observé d'échecs lointains après l'Alexander. L'observation de M. Terrillon prouve que l'utérus, après le raccourcissement des ligaments ronds, peut retomber en arrière après une période de onze mois. Eh bien? En ce qui concerne l'hystéropexie, quelques-uns des échecs notés sont aussi survenus à une époque presque aussi éloignée. On ne doit donc pas dire que si une opérée d'hystéropexie ou d'Alexander est restée guérie trois mois, la guérison est radicale. Tout ce qu'on a le droit d'affirmer, c'est qu'elle a de grandes chances de l'être d'une façon définitive.

D'ailleurs, pour les cas dont les détails nous sont bien connus, voici quelle a été l'époque de la reproduction de la rétrodéviation[1] :

De 1 à 4 mois.	Picqué (Obs. 41, Tableau II), 1er mois. Strong (Obs. 40 et 57, Tableau II), 3e mois (2 cas). Klotz (Tableau II, 3e sér.), 4e mois (2 cas). Spaeth (Obs. 77, Tableau I, 3e série), 4e mois.
De 4 mois à 1 an.	Martin (Obs. 84, Tableau I), 6e mois. Coe (Obs. 80, Tableau I), un an (effort comme cause occasionnelle)[1].

Dans certains cas d'hystéropexie pour prolapsus (Terrier)[2], il y aurait eu récidive aussi à une époque assez éloignée (plus d'un an) ; mais ces faits sont *d'ordre tout différent*, car ici interviennent l'hypertrophie marquée de l'utérus, la cystocèle, etc.

Ainsi donc, malgré le peu de récidives tardives observées en fait de rétrodéviations, il ne faut pas être trop optimiste et ne pas considérer le terme de trois mois ou même de cinq mois comme la limite de la possibilité d'une récidive.

[1] Pour les autres échecs (Klotz, Bardenheuer, Hégar, Boldt : Tableau I ; Gusserow : Tableau II), on ne sait à quel moment l'utérus est retombé. Il est bien regrettable que, à ce point de vue, en particulier, les observations publiées ne soient pas plus précises. Pour Klotz (T. II, Cas I et II, 1re série), l'échec a été immédiat par suite d'une fixation manquée.

[2] Communication orale.

II. — VALEUR DE L'HYSTÉROPEXIE AU POINT DE VUE DE LA DISPARITION DES PHÉNOMÈNES FONCTIONNELS DES RÉTRODÉVIATIONS

En terminant, nous devons signaler quelques cas où le résultat cherché n'a pas été complètement obtenu. Ainsi l'utérus a bien été redressé et fixé à la paroi abdominale ; mais, *malgré l'antéfixation persistante* de l'organe, les symptômes qui avaient déterminé la malade à se faire opérer ont réapparu avec plus ou moins d'intensité. Ces cas sont fort rares, il faut le dire ; mais enfin ils ont été signalés.

1° On doit d'abord mettre de côté : a) ceux qui ont trait à des *hystéropexies complémentaires*, car les annexes ou le parenchyme utérin étaient alors altérés, et il n'est pas étonnant que, dans la suite, malgré la fixation de l'utérus, des phénomènes pathologiques se soient montrés à nouveau, ou aient persisté, surtout si l'opération, qui a porté sur les annexes, *n'a pas été absolument complète;* ce qu'on ne peut jamais affirmer. b). Ceux dans lesquels il s'agit d'*accidents nerveux invétérés*, (Cas II de Czerny, 2e série), *indépendants* probablement *des lésions des organes génitaux.*

L'observation suivante, que M. Terrier a rapportée à la *Société de Chirurgie* (3 avril 1889), est un exemple frappant et typique de cette dernière catégorie de faits. En voici le resumé (voir Tableau I, Observation 83) :

OBSERVATION LXXXIII.

(Terrier, Cas II, déjà publiée.)

Salpingo-ovarite et Rétrodéviation. — Salpingo-oophorectomie double et Hystéropexie complémentaire. — Persistance des troubles nerveux. — Opération simulée. — Guérison.

Il s'agit du deuxième fait d'hystéropexie que M. Terrier a publié déjà. Après l'opération, 23 oct. 1888, avec ablation des ovaires et des deux trompes, guérison ; mais, le 26 janvier 1889, réapparition des règles et en même temps de douleurs intenses, vives, en ceinture, dans les aines, comme auparavant ; et pourtant l'utérus est resté en antéfixation.

Revue le 14 février, cette femme accuse une augmentation des accidents douloureux; cris continus, surtout le matin de six heures à neuf heures; les injections de morphine, les douches, etc., ne peuvent la calmer. L'utérus est encore bien en antéversion. Les anciennes douleurs ou plutôt les anciennes sensations de pesanteur qu'elle éprouvait au niveau de l'anus ont disparu complètement.

M. Terrier proposa alors à cette femme de lui enlever l'utérus pour la guérir radicalement; elle accepta. Tout fut préparé, comme si l'on devait faire réellement une hystérectomie vaginale; mais la malade fut seulement endormie, et trois pinces à pression furent placées sur le col; pansement et repos au lit, comme si on avait vraiment opéré. Depuis l'*opération simulée*, cette malade ne souffre plus du tout et elle est retournée dans son pays, où elle reste guérie.

Ce fait est des plus intéressants, car il montre toute l'influence que peut avoir le cerveau [1] sur les maladies des organes génitaux, et combien le chirurgien doit se défier des symptômes fonctionnels accusés par les malades; mais il ne prouve rien contre l'hystéropexie.

2° S'il y avait plusieurs faits semblables, se rapportant à des *hystéropexies faites de parti pris* et dans lesquelles on n'ait pas cru devoir toucher aux annexes, la persistance des douleurs serait peut-être moins facile à comprendre. La clinique pourtant explique déjà ces faits exceptionnels. Elle montre en effet que dans ces cas, une lésion des annexes, fort minime il est vrai, a passé inaperçue au cours de la laparotomie exploratrice. Il y a au moins deux observations en rapport avec cette éventualité, indiquée comme possible par la théorie. Ce sont les cas de Byford et de L. Championnière, (Cas IV, T. II), dans lesquels des femmes, hystéropexiées antérieurement déjà sans ablation d'annexes trouvées saines, furent ensuite laparotomisées et reconnues atteintes d'ovarite chronique.

En résumé, en ce qui concerne les *douleurs* et les autres *symptômes fonctionnels*, la question est d'autant plus difficile à trancher définitivement que les cas d'hystéropexies

[1] Les phénomènes dits d'inhibition jouent peut-être un rôle dans de telles observations.

typiques, publiés avec détails et bien observés pendant un certain temps, sont encore assez rares et qu'il est impossible de se servir, pour étudier cette question, d'opérations complexes, c'est-à-dire d'hystéropexies avec salpingo-oophorectomies simples ou doubles. — Qu'il nous suffise pour l'instant de rappeler ce que nous avons déjà dit, à savoir que, de par les cas publiés, l'hystéropexie semble être la meilleure manière de faire disparaître les symptômes fonctionnels, placés sous la *seule dépendance de la rétrodéviation utérine*, à savoir les *douleurs* et les *troubles de la menstruation*.

Dans quelques observations d'hystéropexies types on a bien noté aussi que les *règles* sont redevenues normales (Cas I, T. II, de Pozzi, par exemple) ; mais les auteurs n'ont pas eu leur attention attirée sur ce symptôme et les faits publiés manquent de précision. Il est fort probable cependant que l'amélioration de ce côté a été presque toujours constante ; sans cela les opérateurs ne seraient certainement pas restés muets sur ce point.

II. — ACCIDENTS SURVENUS IMMÉDIATEMENT APRÈS L'HYSTÉROPEXIE

Les accidents qui sont survenus pendant la convalescence sont relativement nombreux, et presque tous explicables par l'époque à laquelle remonte l'opération ou par le procédé employé.

1° C'est ainsi que le seul cas d'*inflammation du ligament large* noté se rapporte à une observation de Sims ; la malade guérit d'ailleurs. Il est vrai que l'autre cas de Sims mourut de *péritonite septique*. Mais aujourd'hui pareille chose ne doit plus s'observer. Ce sont deux cas qu'on ne devrait pas mettre en ligne dans une statistique bien établie.

2° Dans trois cas (Observations de Schramme, Tableau II ; et Tableau I, Observation 19 de Klotz), on a noté de petites *hernies* plus ou moins passagères [1] à l'angle inférieur

[1] Dans le cas de Klotz, elle disparut assez rapidement.

de la plaie; mais il suffit de se reporter aux observations pour en soupçonner la cause : la faute est surtout ici à l'opérateur et non point à l'opération. — D'autre part, nous ne croyons pas qu'il faille mentionner avec plus de détails une sorte de *tiraillement de la paroi abdominale* comme entraînée dans le ventre par le poids de l'utérus (ventre en sarigue de Muller), car cela n'a été signalé, quoiqu'en dise Kelly, qu'après des hystéropexies pour prolapsus.

3° On a noté une fois (Strong, Cas II) le développement d'une *fistule stercorale* consécutive à l'ouverture d'un abcès profond à l'extérieur. Cette fistule d'ailleurs guérit spontanément. La pathogénie, ainsi que celle de l'abcès qui lui donna naissance, est facile à soupçonner. Les adhérences de l'utérus en arrière ne furent pas sans doute rompues avec tous les ménagements désirables et le rectum fut lésé dans une partie de son étendue. On érailla probablement sa paroi antérieure. Un tel accident n'est possible que dans les cas de rétrodéviations fixées, anciennes, très graves ; partant il doit ne se produire que rarement, surtout si l'on songe d'avance à sa possibilité, si l'on prend de minutieuses précautions et si l'on a soin de consolider, par quelques points de suture, la paroi antérieure du rectum éraillée à sa surface et maltraitée pendant la déchirure des adhérences recto-utérines. Ces sortes de fistules ne sont pas d'ailleurs en général graves. On les observe à chaque instant, quand on est obligé de détruire des adhérences multiples et très résistantes; mais elles guérissent assez facilement. Elles n'ont rien d'ailleurs de spécial à l'hystéropexie.

4° Dans deux cas, Dudley a signalé la persistance de *fistules purulentes* intarissables sur le trajet des fils ; et pour lesquelles fistules il a dû faire ultérieurement deux laparotomies. Heureusement ses malades ont guéri. Nous ne ferons pas remarquer à quoi peuvent être dues ces fistules. Très probablement il s'agissait de *salpingo-oophorectomies* extrêmement *complexes* concomitantes et ce n'est certes pas la fixation de l'utérus qui a pu occasionner des complications semblables ; ou alors il faudrait supposer une grossière faute d'antisepsie.

5° Dans un cas (Quénu), on a observé comme complication un phénomène qui, à première vue, peut paraître étonnant. Le neuvième jour après l'opération, il se produisit une *embolie pulmonaire*, qui d'ailleurs n'occasionna pas d'accidents trop sérieux, puisque la malade a parfaitement guéri.

La pathogénie de cette embolie est très curieuse. M. Quénu pense qu'il s'agit là d'un cas d'embolie consécutive à une *thrombose veineuse d'origine septique.* La thrombose se serait produite dans une des veines voisines du petit *abcès*, à contenu huileux, à peine louche, qui s'ouvrit vers le dixième jour à l'extrémité inférieure de la plaie. Un catgut, incomplètement antiseptisé ou plutôt souillé au cours de l'opération d'une façon quelconque, semble avoir été la cause de cet abcès, auquel serait due la thrombose observée. Une telle interprétation nous paraît absolument admissible, et nous croyons inutile de nous livrer à de plus amples considérations sur ce point de pathologie générale. En tous cas, ceci montre une fois de plus, s'il en était besoin encore, l'importance qu'il y a à ne faire de telles opérations qu'avec des matériaux de sutures absolument désinfectés, et surtout à ne pas les souiller par des contacts septiques au cours de l'opération, précaution indispensable à laquelle bien peu (surtout parmi les aides) songent cependant. M. Quénu, étant donnée la difficulté d'aseptiser le catgut, semble résolu à ne plus employer dans ces cas que la soie. C'est certainement plus sûr, mais, en réalité, tout cela est affaire d'asepsie, pour le catgut comme pour la soie. Tant qu'on n'aura pas démontré que l'asepsie du catgut est impossible à obtenir d'une façon absolue, nous persistons à croire qu'on pourra l'employer comme la soie.

Nous rapprocherons à dessein de cette thrombose d'une petite veine de la paroi abdominale d'autres thromboses notées pendant la convalescence de certaines opérées d'hystéropexie, quoique leur pathogénie soit peut-être différente. Nous citerons d'abord, comme conséquence d'une thrombose probable d'une petite veine voisine du nerf sciatique, les douleurs névralgiques, que présenta la même malade de

M. Quénu, dans le domaine de ce nerf du côté gauche. Peut-être trouvera-t-on que nous nous avançons beaucoup en expliquant ainsi ces phénomènes douloureux? mais qu'on n'oublie pas que cette opérée avait en même temps une *thrombose de la veine fémorale gauche.*

Sans nous appesantir davantage sur ce point, désirant nous borner au côté clinique de la question, nous rappellerons que dans un autre cas d'hystéropexie (Cohn, Cas III, N° 64, Tableau II), sans ablation d'annexes cette fois, on nota aussi une *thrombose de la veine fémorale gauche.* Il est vrai qu'on l'attribua à l'anémie très prononcée de la malade. L'observation n'est pas publiée avec des détails suffisants pour que nous nous permettions de discuter quel fut réellement le mode pathogénique de cette petite complication.

6° Nous ne reparlerons pas, bien entendu, des petits *abcès* développés au pourtour des fils fixateurs de l'utérus ou de ceux qui ferment la plaie abdominale. Leur pathogénie est trop connue, comme nous venons de le montrer ; leur cause dépend tout entière du chirurgien, qui n'a pas pu se procurer des fils aseptiques ou n'a pas assez désinfecté sa plaie [1].

7° En ajoutant les *troubles vésicaux* déjà signalés, et l'autre cas de mort par *étranglement interne* dont nous allons reparler, voilà tout le bilan des complications observées. — Il est consolant de constater que la plupart pourront être désormais évitées, grâce à une antisepsie rigoureuse et à l'emploi des procédés de fixation que l'on connaît aujourd'hui.

III. — GRAVITÉ DE L'OPÉRATION

La statistique, que nous avons essayé de dresser dans les tableaux ci-joints, montre quelle est la gravité intrinsèque de cette opération, quand elle est faite suivant les règles de l'art chirurgical moderne.

[1] Voir les observations que MM. Quénu et Terrier (Cas V) ont eu la bonté de nous communiquer, publiées *in extenso* plus loin. Les réflexions qu'elles nous ont suggérées s'appliquent à la plupart des autres cas d'abcès de la paroi abdominale (Cas de Sænger, Pozzi (Cas II), Picqué (Cas VI), Kelly, etc.).

Nous avons recueilli plus de 200 observations (235 en réalité), et certes il y en a bien d'autres (surtout des hystéropexies complémentaires) qui n'ont pas été publiées.

Or, il n'y a pour les *Rétrodéviations* que *deux cas* de mort. Et nous avons au moins 235 interventions ! Peut-être existe-il d'autres décès? Nous ne le savons, puisqu'ils ne sont pas publiés. Aux adversaires de l'opération de les faire connaître.

Que sont-ils d'ailleurs ces cas de mort? Qu'on se rapporte à la narration qu'ont fait Sims et Kelly, — les deux auteurs qui ont eu le malheur de perdre leurs opérées, — et l'on verra que ces deux cas ne sont en rien imputables à l'opération. Ce n'est point évidemment ni la fixation de l'utérus, ni même l'ouverture du ventre, qui ont été la cause de la mort dans ces deux faits.

Dans l'un, en effet, celui de Sims, la malade a succombé à une *péritonite*. C'est donc qu'elle a été infectée et c'est fort regrettable ; mais pas plus l'opération que l'opérateur, dans ce cas, n'en est responsable, car, à ce moment, les doctrines antisepsiques n'étaient encore que dans l'enfance, et il ne s'agissait d'ailleurs que d'une hystéropexie complémentaire. Aujourd'hui, un tel accident serait moins pardonnable. En tous cas, ce serait là certainement un cas à retrancher, si l'on voulait aujourd'hui faire le pourcentage exact des décès par hystéropexies aseptiques.

Le second cas de mort, — celui qui a suivi l'opération de Kelly, — aurait été causé par un *étranglement interne* consécutif à la formation d'adhérences périutérines et intestinales, après une hystéropexie probablement complémentaire. Il ne peut entrer en ligne de compte, à notre avis, non pas parce que les détails en sont inconnus, mais parce que la laparotomie avec hystéropexie n'y est probablement pour rien. — A la rigueur, on pourrait admettre que la cause en est au moins la laparotomie ; et alors il faudrait s'incliner devant de tels faits. On ne peut rien contre de tels accidents qu'on ne peut pas prévoir et qui peuvent rester au-dessus des ressources de l'art ; mais ce n'est pas à dire, pour cela, qu'on ne pourrait s'en rendre maître si l'on opérait ensuite à temps ce malencontreux étranglement. En tous cas, nous sommes

convaincu qu'avec un procédé opératoire bien réglé, l'hystéropexie ne pourra que très exceptionnellement créer des brides telles qu'il puisse un jour se produire un étranglement interne. Répétons, pour n'induire personne en erreur, que ce cas n'ayant pas été publié avec détails, il est aujourd'hui impossible de le discuter.

Ce sont là les deux seuls cas de mort (*Hystéropexies* pour *Rétrodéviations*) publiés dans la littérature médicale du monde entier. Il serait, on le voit, facile de faire le pourcentage des décès; car, de ces deux faits, l'un ne peut compter, et l'autre, trop mal connu, peut bien ne pas se rapporter à une hystéropexie non compliquée. On nous dispensera d'insister davantage, puisque la statistique montre — et les chiffres ont parfois leur éloquence — que l'hystéropexie est bien une opération réellement bénigne.



IV. — PRONOSTIC

1° Le pronostic de l'hystéropexie type reste par suite, comme nous venons de le dire, celui de toute laparotomie simple, c'est-à-dire fort bénin, à condition, bien entendu, que l'intervention soit absolument aseptique.

Quand il y a des *adhérences périutérines* multiples et fort solides, le pronostic est aggravé dans une notable mesure, et alors l'habileté du chirurgien entre ici en ligne de compte. On pourrait déchirer le rectum, etc. : ce qui d'ailleurs n'a pas été noté; dans un cas, pourtant, on a eu une fistule stercorale [1].

D'autre part, si on doit agir en même temps sur les *annexes malades*, il est inutile d'ajouter que les chances de guérison sans incidents diminuent dans une certaine proportion que nous n'avons pas à préciser ici.

2° Quant à l'hystéropexie complémentaire, tout le monde admet aujourd'hui qu'elle n'aggrave absolument en rien une laparotomie quelconque.

[1] Voir Strong, Cas II; opération pendant laquelle on dut érailler le rectum.

CONCLUSIONS

Un certain nombre d'opérations ont été proposées dans ces dernières années pour obtenir la cure radicale des *Rétrodéviations utérines graves* par la voie sus-pubienne.

La principale, la mieux connue et la plus employée jusqu'ici est l'*Hystéropexie sus-pubienne* (*Utéro-fixation*), ou fixation de l'utérus redressé au-dessus du pubis. C'est celle dont nous avons tenté de faire l'histoire complète dans ce travail, en la comparant cependant plus spécialement à un autre procédé, prôné depuis peu à l'étranger par quelques chirurgiens, à savoir le *Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Ronds.*

La seule espèce d'Hystéropexie, utilisée aujourd'hui et applicable à la cure des rétrodéviations de l'utérus, est l'*Hystéropexie abdominale antérieure.*

Elle peut être *extra-péritonéale* ou *intra-péritonéale.*

Ces deux variétés sont de valeur fort inégale et constituent en réalité deux opérations bien distinctes, malgré leur analogie au point de vue du but à atteindre.

I

1° L'Hystéropexie intra-péritonéale, d'origine française, est utilisée dans deux conditions : *a*, de propos délibéré (*Hystéropexie primitive*) ; *b*, comme opération surajoutée à une opération intra-abdominale quelconque (*Hystéropexie complémentaire*).

2° Cette opération peut être exécutée de plusieurs façons, comme nous l'avons indiqué au chapitre du Manuel opératoire ; mais le procédé, qui nous a paru à la fois le plus sûr et le plus simple, est celui qui a été indiqué par G. Thomas, employé par Czerny, et perfectionné par M. Terrier, c'est-à-dire le procédé qui doit être connu désormais sous le nom de *Procédé de la fixation directe avec sutures perdues horizontales*.

3° L'Hystéropexie intra-péritonéale est indiquée dans tous les cas de *Rétrodéviations utérines* plus ou moins *adhérentes et graves*, c'est-à-dire dans toutes celles qui s'accompagnent de *douleurs* très vives, continuelles, rendant le *travail impossible* et la *vie insupportable*. Comme toute espèce de traitement médical et les autres moyens chirurgicaux (y compris l'opération d'Alquié-Alexander) échouent constamment dans ces cas, l'Hystéropexie intra-péritonéale est l'*opération de choix* et non pas seulement l'opération de nécessité. On la proposera donc d'emblée, qu'il y ait ou non lésions concomitantes des annexes.

A notre avis, l'Hystéropexie intra-péritonéale est aussi indiquée pour les cas de *Rétroflexions* ou de *Rétroversio-flexions* de l'utérus, depuis longtemps graves et fort

douloureuses, alors même qu'elles sont *bien mobiles.* Nous pensons que c'est encore là l'opération de choix et non pas seulement de nécessité, surtout s'il y a la moindre *tendance au prolapsus ;* mais chez ces malades, qui réclament une intervention en raison de la résistance de leurs douleurs à tous les traitements habituels, un grand nombre de chirurgiens préfèrent tenter au préalable certaines opérations vaginales ou le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds. Nous avons montré pourquoi l'opération d'Alexander pouvait rester trop souvent insuffisante.

Au contraire, en ce qui concerne la *Rétroversion mobile* de l'utérus, *pure*, douloureuse, sans rétroflexion ni lésions des annexes, l'indication de l'Hystéropexie d'emblée est plus discutable et on pourrait tout d'abord essayer l'Alexander ou même une opération vaginale.

L'Hystéropexie proprement dite n'a, jusqu'à aujourd'hui du moins, aucune contre-indication, tout tendant à prouver que la grossesse est possible ultérieurement. — Dans les cas, *extrêmement graves, de Rétrodéviation de l'utérus gravide*, on pourrait même, à notre avis, tenter, *comme dernière ressource*, l'hystéropexie intra-péritonéale.

Dans tous les cas d'Hystéropexie Type, exécutés de parti pris, chez une malade n'ayant pas de lésions des annexes, et surtout quand la rétrodéviation est réellement mobile, la moindre faute contre les règles de l'asepsie opératoire est impardonnable, si tant est qu'elle puisse être tolérée dans toute autre laparotomie.

4° L'Hystéropexie Complémentaire est indiquée dans tous les cas d'*utérus trouvés flottants* au cours d'interventions pelviennes, ou de rétrodéviations utérines,

sans exception, qu'elles soient mobiles ou adhérentes, qu'elles aient été diagnostiquées antérieurement à l'intervention sur l'abdomen ou découvertes seulement au cours d'une laparotomie faite dans un but quelconque, qu'on ait fait ou non une opération sur les annexes.

5° Les opérations plastiques sur le vagin peuvent être parfois nécessaires, comme opérations accessoires, mais seulement dans des cas bien déterminés et lors de lésions vaginales, vulvaires ou périnéales, notables.

6° L'Hystéropexie pure, grâce à la méthode aseptique, est une opération qui n'est pas plus grave que la laparotomie exploratrice ; elle est donc absolument *bénigne*. Cependant le pronostic s'aggrave légèrement s'il y a des adhérences péri-utérines très nombreuses et très résistantes (danger d'ouverture du rectum).

Bien entendu, s'il faut intervenir en même temps du côté des annexes (salpingectomies, oophorectomies, etc.), le pronostic s'aggrave d'autant.

II

Aujourd'hui, on ne peut comparer à l'Hystéropexie intra-péritonéale que :

a. L'*Hystéropexie sus-pubienne extra-péritonéale ;*

b. Le *Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Utérins* (Wylie-Ruggi, Dudley, Imlack, Frommel, etc.) ;

c. Le *Redressement intra-abdominal de l'utérus*, sans fixation.

1° L'Hystéropexie extra-péritonéale, basée sur la crainte de l'ouverture du péritoine, n'a plus qu'un intérêt historique. Quoi que l'on fasse pour la perfectionner, c'est

une opération appelée à disparaître. Nous n'en avons pas moins fait son histoire complète.

2° Il est impossible, à l'heure actuelle, faute de faits suffisamment nombreux, de faire le parallèle entre l'Hystéropexie intra-péritonéale et le *Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Ronds, ou celui des Ligaments Larges ou Utéro-sacrés.*

On peut déjà prévoir cependant, mais seulement en raison de considérations purement théoriques, que ces procédés ne détrôneront pas l'hystéropexie proprement dite. Nous en avons indiqué le manuel opératoire type et ses principales variétés.

On pourra néanmoins essayer le Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments Ronds dans les cas où ces ligaments ne seront pas trop altérés, lors de *Rétroversion mobile* ou à peine adhérente, *sans tendance au prolapsus ;* le Procédé de Dudley modifié par nous s'appliquerait surtout aux *rétroflexions légères* sans prolapsus.

On ne devra expérimenter le Raccourcissement des Ligaments Larges ou Utéro-sacrés que dans les cas de *Rétroversions.*

3° Le Redressement intra-abdominal de l'utérus, sans fixation d'aucune sorte, ne saurait être expérimenté que dans les cas de *Rétroversions adhérentes* ou de *Rétroflexions symptomatiques de tumeurs abdominales.* Il est extrêmement probable qu'il n'a pas, aussi bien en clinique qu'en théorie, la valeur de l'hystéropexie ou même du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins, car il n'en est en somme que le premier temps.

III

En résumé, l'Hystéropexie sus-pubienne intra-péritonéale (Utéro-fixation abdominale antérieure) doit être considérée aujourd'hui comme le seul procédé de Cure dite Radicale (par analogie à la cure des hernies) des Rétrodéviations utérines graves et adhérentes, ayant fait ses preuves. Jusqu'à plus ample informé, c'est donc le seul sur lequel on puisse sérieusement compter. Les insuccès thérapeutiques observés s'expliquent en général par le procédé employé ou par les circonstances spéciales de l'intervention. Leur nombre diminuera certainement d'ailleurs, quand l'opération sera mieux connue, parfaitement exécutée et employée dans les conditions que nous avons formulées.

Nous avons montré, enfin, que cette opération était encore applicable, sans compter le *Prolapsus de l'utérus*, à certains cas déterminés d'*Inversion utérine* et même au *Prolapsus des ovaires sains*.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE

DANS LES

RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

A. — Intrapéritonéale.

I. *Tableaux synoptiques.*

II. *Bibliographie.*

III. *Observations inédites.*

B. — Extrapéritonéale.

Observations publiées et inédites.

A. — HYSTÉROPEXIE
INTRAPÉRITONÉALE

I. — TABLEAUX SYNOPTIQUES

Nous avons rédigé les deux tableaux suivants ayant sous les yeux la traduction *in extenso* de toutes les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature étrangère.

Si quelques-uns de nos résumés semblent trop écourtés, la faute en est aux auteurs qui dans beaucoup de cas sont d'un laconisme désespérant. Pour ces cas si brièvement cités, nous n'avons négligé aucun détail pouvant être utile pour les besoins d'un contrôle ultérieur. Le lecteur nous pardonnera de n'avoir pas voulu faire dire aux chirurgiens plus qu'ils n'ont écrit.

En réalité, le Tableau I renferme tous les cas d'*Hystéropexies exécutées en même temps que des opérations sur les annexes ;* exception faite toutefois pour celui de Kœberlé, rangé à dessein dans le Tableau II, à cause de son intérêt historique, cas que, pour rester logique, nous aurions dû laisser en tête du Tableau I. Nous avons expliqué avec détails au Chapitre II les raisons qui nous ont déterminé à agir ainsi. Le Tableau I comprend donc :

1° Les *Hystéropexies* faites à la suite d'*interventions de parti pris*

sur les annexes malades (*véritables hystéropexies complémentaires*) ou *saines* et enlevées pour remédier à certains symptômes (douleurs, hémorrhagies, etc.), ou à cause de l'âge. Ce sont d'ailleurs les plus nombreuses.

2° Les *Hystéropexies résolues de parti pris* pour des malades chez qui, le ventre ouvert, on trouva des annexes altérées en totalité ou en partie (erreurs de diagnostic assez communes : Picqué, Cas VI, etc.).

Par contre, dans le Tableau II ont été rangées toutes les *Hystéropexies pures* (types). Il renferme :

1° Toutes les *Hystéropexies faites de parti pris* (*H. primitives*, à proprement parler), les annexes ayant été diagnostiquées saines (cas les plus communs) ou ayant été enlevées au préalable (quelques cas seulement : Cushier; Slavjanski; Lee, Cas VI; etc.).

2° Des *Hystéropexies fortuites*, conséquences d'une erreur de diagnostic, faite au cours d'une laparotomie exécutée pour des lésions des annexes (salpingo-ovarite : cas de Terrier; de Routier (Cas II, Obs. XII, inédite); de L. Championnière (Obs. VI, inédite); de Léopold (Cas I, N° 5, T. II); par exemple) n'existant pas. La tumeur constatée n'était en réalité que le fond de l'utérus (erreur de diagnostic relativement assez rare).

Nous avons cru, étant donné le point de vue auquel nous nous sommes placé dans ce travail, du ressort plutôt de la médecine opératoire que de la pathologie théorique, qu'il y avait intérêt à ne pas dédoubler ainsi chacun de ces deux tableaux. D'ailleurs, faute de renseignements suffisamment précis, de telles distinctions n'auraient pas toujours été possibles à faire. Nous n'en reconnaissons pas moins que l'étude spéciale des erreurs de diagnostic aurait été très intéressante ; elle aurait montré, ce que nous avons déjà dit plus haut, à savoir que la séméiotique des affections pelviennes est beaucoup plus compliquée qu'on ne veut le dire; que le diagnostic est souvent *scientifiquement* impossible à poser dans l'état actuel de la gynécologie, et que seule la laparotomie exploratrice peut permettre, dans les cas difficiles, de sortir d'embarras, au plus grand bien, d'ailleurs, des malades.

TABLEAUX

TA

HYSTÉROPEXIES *ABDOMINAL*

RÉTRODÉVI

NUMÉROS D'ORDRE	OPÉRATEURS	*Histoire de la Maladie.*				TRAITEMENTS ANTÉRIEURS	D.
		Nom. — Age.	Grossesses antérieures.	SYMPTOMES PRINCIPAUX	*Diagnostic.*		l'o
1	2	3	4	5	6	7	
1	SIMS (M.-J.) (Cas I.)(1)	C..., 35 ans, veuve d'un médecin.	»	*Dysménorrhée* depuis longtemps ; *hémorrhagies* depuis 2 ans. — Exacerbation pendant les règles.	*Rétroflexion* et hypertrophie de la paroi postérieure de l'utérus. — *Ov. g.* très douloureux, de la grosseur d'une noix. — L'utérus était *mobile* et pouvait être remis en place.	Pessaires de Hodge divers. Pas d'améliorations. Port du pessaire très douloureux. *Dilatation* utérine. *Opération de Sims* (hystérotomie interne). *Grattage de l'utérus.* Persistance de la névralgie ovarienne.	fé· 1:
2	SIMS (M.-J.) (Cas II.)(2)	C..., 38 ans.	»	*Douleur* ovarienne depuis 8 ans, exagérée pendant les règles, à gauche. Règles normales.	*Rétroversion* de l'utérus ; hypertrophie de la paroi postérieure. — *Ov. g.* augmenté de volume et très douloureux à la pression, centre des irradiations douloureuses. *Prolapsus de l'ovaire.*	*Opérat. sur le col* (Dr W.). Pessaire de Hodge, devenant bientôt insupportable. Pas d'amélior.	Fé 18

(1) Observation du Dr Sime (1er cas de la série où elle est publiée).
(2) Observation V de la même série.

U I

NTÉRIEURES COMPLÉMENTAIRES

UTÉRINES

…ure de l'opération (Procédés divers).					ÉTAT des organes génitaux internes (au cours de la Laparotomie).		*Résultats opératoires et thérapeutiques*				REMARQUES
Intervention sur l'Utérus (Fixation).				Particularités de l'opération.			R. Opératoires.		R. Thérapeutiques		
FILS		POINTS RÉUNIS									
Nature.	Nombre.	Utérus et annexes.	Paroi abdominale antérieure.		Utérus.	Annexes.	SUITES immédiates. COMPLICATIONS	ÉTAT à la sortie.	ÉTAT pendant les 10 premiers mois.	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS (de 10 mois à plusieurs années après l'opération).	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	1	*Pédicule de l'ovaire gauche.*	*Angle inferieur* de l'*incision* abdominale.	»	»	Ovaire gauche kystique.	*Cellulite pelvienne* et *abcès du ligament large gauche*, s'étant ouvert à l'angle inférieur de la plaie. Utérus bien maintenu en antéversion.	3 *mois après*: utérus toujours en bonne situation. Guérison parfaite.	»	2 *ans après* (décembre 1877): Guérison persistante au point de vue fonctionnel au moins (On ne dit rien de l'état de l'utérus).	Oophorectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	*Pédicules des* 2 *ovaires enlevés.*	*Angle inférieur* de l'*incision.*	Parois abdominales épaisses. (Femme grosse et grasse). Opération fort pénible. Ligaments larges très courts.	»	Dégénérescence kystique des 2 ovaires.	*Péritonite septique. Mort* le 7e jour après l'opération.	»	»	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire. Mort.*

1	2	3	4	5	6	7	8
3	Schroeder.	Me S..., 27 ans.	Nullipare.	*Mouvements choréiques* dans les quatre membres. *Douleurs* vives.	*Rétroflexion.* Tumeur de l'ovaire droit.	Pendant 10 mois, pessaire de Hodge.	29 18
4	Lawson-Tait (Cas I.)	X..., 32 ans.	Nullipare.	*Douleurs* excessives, rendant l'examen impossible, à moins d'anesthésie.	*Rétroflexion* très marquée et persistante.	Traitée depuis 4 ans par Graily Herwitt.	[illegible] fév 188
5	Lawson-Tait (Cas II.)	X..., 33 ans.	Multipare.	*Douleurs* depuis l'accouchement (13 ans) ; *Métrorrhagies* incoercibles.	*Rétroflexion* et *Rétroversion.* Hypertrophie des ovaires et de l'utérus.	Injections d'ergotine (Hémorrhagies).	9 [illegible] 18
6	Bardenheuer (2)	»	»	»	*Rétroflexion de l'utérus.* (?)	«	18
7	Hennig (3)	»	»	*Métrorrhagies* considérables.	*Rétroflexion utérine.*	«	188

(1) Le 26 février, d'après Kelly, qui cite Lawson-Tait; le 20 février, d'après M. Pozzi.

(2) D'après Franck (de Cologne), in *Cent. für Gyn.*, 1886; d'après Olshausen, page publiées dans son premier mémoire.) — Bardenheuer aurait fait plusieurs fois cette opéra

(3) D'après Hennig et Sænger.

(4) D'après Sænger, puis Pozzi.

(5) Du moins d'après Hennig dans 2 communications; Sænger dit par erreur : *paroi*

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	4 à droite.	*Pédicule* de *l'ovaire droit.*	*Plaie abdominale.*	*Pédicule* de la tumeur de l'ovaire droit extra-péritonéal.	»	»	*Le* 30 *mai :* plus de chorée.	Guérison.	5 *mois après* : bien portante pas de chorée.	»	Oophorectomie droite et *Hystéropexie complémentaire.*
»	1	*Fond* de *l'utérus.*	*Paroi abdominale.*	Hystéropexie directe.	Fond de l'utérus trois fois plus gros, spongieux ; pas d'adhérences.	Les 2 ovaires *hypertrophiés*, non kystiques. Ovarite.	Accidents nuls.	Guérison.	*Au moment de la publication de ce fait* : utérus droit, bien placé, atrophié. (Type sénile.)	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	1	*Fond* de *l'utérus.*	*Paroi abdominale.*	Hystéropexie directe.	Hypertrophie de l'utérus due à la métrite.	Ovarite interstitielle chronique double	»	Guérison opératoire.	*Au moment de la publication de ce fait* : douleurs lombaires prononcées, persistantes. (périmétrite).	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire*
»	»	*Pédicule* des 2 ovaires, des trompes et ligaments ronds.	*Paroi abdominale.*	»	»	»	»	Insuccès (Mauvaise fixation). Pédicules allongés. Reprod. de la rétroflexion.	»	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	*Ligaments larges. Ligaments ronds* et *fond de l'utérus.*	*Plaie abdominale* (5).	»	Hypertrophie de l'utérus. Métrite	»	»	Guérison.	»	4 *ans après :* Résultat resté bon.	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*

ès Sænger (Voir son essai de classification des procédés opératoires. Pas d'observations nous n'avons cru devoir citer que ce cas pour ne rien préjuger.

le et *Pédicule de l'ovaire des 2 côtés.*

1	2	3	4	5	6	7	
8	PROCHOWNICK (Spaeth) (Cas I.) (1).	Rhls, 38 ans.	Mariée depuis 10 ans; pas d'enfant ni de fausse couche.	*Hémorrhagies* abondantes dues à un myome interstitiel du fond de l'utérus.	*Myome utérin.* (fond). *Rétroflexion de l'utérus.*	»	: jan 18
9	STAUDA (2)	X..., 40 ans.	Mariée, 1 enfant 16 ans auparavant.	*Douleurs* pelviennes à gauche; lésion ovarienne. Impossibilité de s'asseoir, de travailler.	*Rétroflexion fixe*, irréductible, même pendant l'anesthésie.	Traitements divers inefficaces.	12 ; 18
10	PROCHOWNICK (Spaeth) (Cas II.) (1).	Lthks, 34 ans.	Stérile après 4 ans de mariage	*Hémorrhagies* persistantes.	*Myome* interstitiel du fond de l'utérus. *Rétroflexion* de l'utérus *fixé*; périmétrite chronique.	»	18 ; 18

(1) Ces deux observations, résumées par SPAETH, ont paru dans un article de l'opér
(2) D'après le *Cent. für Gyn.*, 1886, p. 219; et KELLY (2e article).

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
3	*Fond* de l'utérus.	Toute la paroi antérieure de *l'abdomen* (2 sutures de chaque côté au niveau des trompes et une au milieu.)	*Grattage* au préalable de la séreuse recouvrant l'utérus.	»	»	»	Guérison. Utérus bien en place à la sortie.	»	*Janvier* 1886 : va très bien. *Juin* 1889 : (5 ans 6 mois après : utérus bien fixé en antéversion. Etat général bon.	Castration et *Hystéropexie complémentaire.*
»	*Ligament large gauche.*	*Péritoine* (paroi abdominale), à gauche de la plaie abdominale.	Destruction des adhérences utérines facile ; ovariennes droites, impossible.	Utérus adhérent ; *fibrome* de la partie supérieure du col. Utérus petit.	Ovaire gauche normal. Ovaire droit enveloppé d'adhérences.	Pas d'accidents.	Guérison. Utérus bien en place à la sortie.	»	1 *an après :* utérus bien fixé. Plus de douleurs en s'asseyant. Amélioration à droite un peu de douleur à gauche.	Oophorectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire.*
3	*Fond de* l'utérus. (2 sutures de chaque côté et une au milieu.)	*Paroi abdominale* antérieure (Péritoine pariétal de l'angle inférieur de la plaie).	Opération difficile ; destruction des adhérences. Pas de grattage de la séreuse.	Utérus très adhérent, fixé au fond du cul-de-sac de Douglas.	»	Guérison.	*3 mois après : énucléation du myome par la voie vaginale.* Malgré cela, l'utérus reste bien fixé à la paroi. *Morte* six semaines après *d'embolie* de l'artère sylvienne (Insuffisance mitrale).	»	»	Castration et *Hystéropexie complémentaire.*

…HOWNICK, in *Arch. für Gyn.*, t. XXIX, p. 193-194

1	2	3	4	5	6	7	
11	KELLY (Cas I.)	Mlle W..., 27 ans.	Nullipare.	*Dysurie.* *Douleurs* vives dans le petit bassin. Mauvais état général ; Marche difficile Défécation très douloureuse.	*Rétroflexion* datant de l'enfance. *Aff. ovarienne chronique à droite:* ovaire kystique douloureux, prolabé dans le cul-de-sac de Douglas.	Depuis 2 ans, révulsifs; tamponnement des culs-de-sac vaginaux. *Ovariectomie vaginale à droite* (printemps 1884). Impossibilité de redresser l'utérus	25 1
12	CZERNY. (Cas I) (1re série.)	»	»	*Rétention d'urine.* Constipation opiniâtre.	*Rétroflexion fixe de l'utérus.*	»	
13	CZERNY (Cas II) (1re série.) (1)	»	»	*Rétention d'urine.* Constipation.	*Rétroflexion fixe de l'utérus.*	»	
14	OLSHAUSEN (Cas I) (1re série.) (2)	»	»	»	*Rétroflexion de l'utérus.*	»	1

(1) CERZNY dit, dans son mémoire de 1888, qu'il a pratiqué encore 1 ou 2 autres hystér la trace.

(2) OLSHAUSEN aurait fait jusqu'en 1885 plusieurs hystéropexies complémentaire KELLY); mais ces observations n'ont pas été publiées. Nous n'en citerons qu'une d

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Fils de soie.	2 à gauche.	*Pédicule* de l'ovaire et de la trompe gauches. (Corne utérine gauche.)	*Péritoine* de *la paroi* abdominale (en dehors de la plaie) *à gauche.*	Utérus fixé à 4 centimètres au-dessus du pubis, à *gauche* de l'incision.	Utérus lourd, *non adhérent.* Brides cicatricielles dans l'angle de flexion transversales.	Atrophie de la trompe droite (cordon dur, représentant la trompe). Diagnostic erroné révélé par 3e opération.	*Abcès* au niveau d'un des points de suture.	Guérison.	»	1 *an après :* Utérus bien fixé, de dimensions normales pas de douleurs. *Hydrosalpingite* à droite; *salpingectomie droite* (1886). La tumeur déplaçait l'utérus. *Utérus sain,* sans tissu cicatriciel; il reprit sa place après ablation de la tumeur.	Oophorectomie vaginale droite. — Salpingo-oophorectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire* — Salpingectomie droite.
Catgut chronique.	Plusieurs.	*Corps* de l'utérus.	*Paroi abdominale* antérieure.	Déchirure des adhérences périovariennes.	»	Ovaires et trompes *dégénérés* des 2 côtés entourés d'adhérences.	Disparition des troubles *rectaux* et *vésicaux.*	Guérison opératoire. Bon résultat.	»	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Catgut chronique.	Plusieurs.	*Corps* de l'utérus.	*Paroi abdominale* antérieure.	»	»	Trompes et ovaires malades des 2 côtés.	Disparition des *troubles rectaux* et *vésicaux.* Guérison.	Guérison opératoire.	»	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Catgut.	Plusieurs.	*Pédicule* de l'ovaire (Ligament rond gauche.)	*Paroi abdominale* antérieure.	»	»	»	»	»	»	Utérus en place au bout de dix mois.	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*

…mentaires au cours de 150 ovariotomies environ. Il nous a été impossible d'en retrouver

…omies, en suturant les cornes de l'utérus à la paroi abdominale (*Cent. für Gyn.*, 1886 et

…re série.

1	2	3	4	5	6	7	
15	G. Thomas (1)	»	»	»	*Rétroflexions utérines.*	»	1 1
16	S. Keith (2)	»	Une grossesse.	*Douleurs* depuis 9 ans. *Dyspepsie* depuis 6 ans. Amaigrissement.	*Rétroversion* très marquée. Utérus volumineux.	*Cautérisations et grattages.* Pessaires. Tamponnem[t]. *Opérat. d'Alexander* en oct. 1884. Reproduct. de la rétroversion trois semaines après. Pessaires pendant 4 mois.	1 1.
17	Spaeth (Cas III.) (3)	Hlm., 40 ans.	Mariée depuis 20 ans; 1 enfant.	Infection blennorrhagique. *Douleurs* continuelles.	*Tumeur* de la trompe gauche. *Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Périmétrite chronique.	Depuis un mois et demi, traitement gynécologique.	4 ver 1
18	Olshausen (Cas I.) (2e série.) (4)	44 ans.	Mariée. depuis longtemps. Stérile.	*Dysménorrhée.* Marche impossible. *Douleurs* intenses. Etat général mauvais, depuis longtemps et empirant sans cesse.	*Rétroflexion* accentuée *irréductible.* Adhérences en arrière de l'utérus.	Essais de Redressement de l'utérus infructueux.	18

(1) Gaillard Thomas aurait fait plusieurs fois, depuis sept ou huit ans. dit Lee (*loc. citat* quoique cet auteur paraisse être l'inventeur de l'hystéropexie directe, car il n'y

(2) Observation traduite et publiée déjà dans la thèse de Racoviceanu, p. 167; mais

(3) Ne pas oublier que les Cas I et II cités par Spaeth sont de Prochownick, comme to

(4) Le Cas II d'Olshausen de cette série se rapporte à un prolapsus (voir Dumoret.)

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	Castrations et *Hystéropexies complément.*
Un clamp.	»	*Fixation du pédicule* de l'ovaire droit (à la plaie abdominale) à l'aide d'un clamp.	*Plaie* de l'abdomen.	»	»	*Ovaires* sains en apparence. *Trompes* dilatées.	»	Guérison.	»	*Un an après :* bonne santé ; utérus en place.	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	*Pédicule* gauche de la trompe.	*Angle* inférieur de la *plaie* abdominale.	»	»	»	»	Guérison.	»	*Septembre* 1889: utérus en antéversion, mais un peu *oblique* (fixation à gauche seulement). Plus de douleurs. Travail possible.	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Crin de Florence.	2 ou 3 de chaque côté.	*Pédicule des 2 ovaires (Cornes utérines)* des 2 côtés.	*Péritoine* de la paroi abdominale à quelques centimètres de l'incision près du pubis, en dedans de l'artère épigastrique.	Difficulté pour rompre les adhérences utérines (menace de déchirure du rectum). Temps le plus long. Issue des intestins; durée 1 heure.	Adhérences du fond de l'utérus à la cavité de Douglas très solides. Adhérences périutérines nombreuses.	Annexes saines. Quelques adhérences autour de l'ovaire gauche sain.	Pas de troubles vésicaux.	6 *semaines après:* Fond de l'utérus appliqué contre la paroi abdominale au-dessus du pubis; peut marcher. Amélioration de l'état général. 4 *mois après*: (sortie de la clinique): Amélioration. Marche de 20 minutes.	»	»	*Hystéropexie de parti pris* et oophorectomie double complémentaire.

opexies complémentaires, lors d'extirpation des annexes; nous n'en citons qu'un cas,
rvations publiées.
s résumée ici d'après l'article original.
nts.

1	2	3	4	5	6	7	
19 | 30	KLOTZ (2ᵉ série.) — (12 cas.)	» » » » » » » » » » » »	» » » » » » » » » » » »	» » » » » » » » » » » »	*Rétroflexions de l'utérus fixé.* » » » » » » » » »	» » » » » » » » » » » »	1 1 à 1
31	SÆNGER (Cas I.) (1).	Ludera, 28 ans.	Mariée ; stérile.	»	*Rétroflexion.* Périovarite gauche. *Prolapsus de l'ovaire gauche* et *ovaralgie* très intense à gauche. *Métrite chronique.* — Mêmes lésions à droite plus tard.	*Salpingo-ovariectomie gauche*, le 4 nov. 1885. (Annexes droites normales à cette époque.) Pessaire de Hodge en vain.	7 18
32	SÆNGER (Cas II.) (2).	Sebald, 28 ans. (3)	Mariée ; 1 enfant 4 ans auparavant.	Infection blennorrhagique (endométrite ; accidents répétés de pelvi-péritonite.) *Douleurs pelviennes* vives depuis des années.	*Rétroflexion utérine.*	Traitement infructueux par les pessaires depuis 3 ans.	13 18

(1) D'après son article du *Cent. für Gyn.* et la lettre qu'il écrivit à KELLY le 25 juin
(2) 38 ans (d'après la lettre adressée à KELLY (p. 38) et le 2ᵉ article de cet auteur) et m

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
» » » » » » » »	» » » » » » » »	*Trompes* ou *pédicules* des 2 ovaires enlevés.	*Plaie* abdominale. (8 cas.)	Pas de drainage *Hémorrhagie* (dans *un cas*) *interne :* épanchement de sang du petit bassin ouvert par le vagin au bout de six semaines.	» » » » » » » »	Altération des ovaires et des trompes. (7 cas.) Trompes et ovaires normaux. (1 cas.)	» » » » » » » »	» » » » » » » »	Atrophie consécutive de l'utérus qui est resté en place. Guérison. Résultats satisfaisants. (8 cas) Reproduction de la rétroflexion. Douleurs persistantes. *Insuccès complet.* (4 cas). Dans un cas : 1 *hernie* dans l'angle inférieur de la plaie, hernie qui disparut d'ailleurs.	4 *ans après :* résultats bons (6 cas). 4 *ans après :* reproduction de la rétroflexion ; un pessaire nécessaire (2 cas).	12 *Hystéropexies complémentaires* avec Salpingo-oophorectomie double (8 fois); unique et Oophorectomie unilatérale (4 fois).
» » » »	» » » »	*Trompe* ou *pédicule* de l'ovaire enlevé.	*Plaie* abdominale. (4 cas.)		» » » »	Altération d'un ovaire; trompe saine. (4 cas.)	» » » »	» » » »			
Fil d'argent.	2 à droite.	*Pédicule* de la trompe et de l'ovaire droits (près de la *corne utérine*) à travers le ligament large droit.	Angle inférieur de la *plaie* abdominale.	Pas de difficultés pour la mise en antéflexion par la *méthode bimanuelle* abdomino-vaginale.	»	Périovarite droite et salpingite droite.	Un petit *abcès* autour d'un point de suture. 1ers *jours : ténesme vésical* très douloureux. Envies fréquentes d'uriner.	Antéversion sans pessaire. Guérison complète.	»	»	Salpingo-oophorectomie droite (gauche déjà faite) et *Hystéropexie complémentaire.*
Fil d'argent.	2 à droite.	*Pédicule* de la trompe et de l'ovaire droits. (Corne utérine droite.)	Angle inférieur de la plaie abdominale.	»	»	Kyste de l'ovaire gauche (grosseur d'une pomme). Périovarite et salping. des 2 côtés.	1ers *jours : Troubles vésicaux.* Fièvre légère.	Guérison complète. Antéversion sans pessaire.	»	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*

premier mémoire de Kelly, p. 37.)

ants, dont le dernier il y a 8 ans. Impossible de dire quelle est la vérité.

1	2	3	4	5	6	7	[illegible]
33	CZERNY (Cas I.) (2ᵉ série.)	C... W., 26 ans.	2 grossesses; 1 avortement.	*Douleurs* intenses, spontanées. *Cystite chronique.*	*Rétroflexion* douloureuse avec un peu de *prolapsus.* Utérus *fixé.*	Dilatation. Pessaires.	31 18
34	CZERNY (Cas II.) (2ᵉ série.)	A. F., 22 ans.	»	*Douleurs* très intenses; dépression psychique. *Ténesme vésical* très intense. Incontinence, etc., etc.	*Rétroflexion utérine.* Ovarite chronique.	Dilatations de l'urèthre répétées. Massage. Pessaires. Morphinisme.	jui 18
35	CZERNY (Cas III.) (2ᵉ série.)	M. H., 34 ans.	2 accouchements.	*Hémorrhagies. Douleurs* très vives. Morphinisme. Affaiblissement.	*Rétroflexion* utérine *non fixée.* Utérus volumineux; ovarite droite. Rein mobile.	*Curettage* utérin. Pessaire. Tentatives de redressement.	6 18
36	BYFORD (Cas I.) (1)	»	»	»	*Rétrodéviation utérine* (?).	»	

(1) Nous ne connaissons ce cas que par la mention de FRAIPONT dans son premier artic[...] s'il s'agit réellement d'une hystéropexie complémentaire.

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Catgut chromique.	2	*Fond* de l'utérus.	Bords de la *plaie* abdominale (péritoine et fascia, 1/3 inférieur.)	»	Adhérences péri-utérines nombreuses.	Salpingo-ovarite double.	»	Pas d'aggravation des *troubles vésicaux* qui au contraire s'*améliorent* peu à peu.	22 *juin*: Fond de l'utérus au-dessus de la symphyse. Cette amélioration se maintient quelque temps.	9 *juillet* 1888 : utérus bien fixé. Réapparition des symptômes vésicaux seulement. Amélioration très réelle.	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Catgut.	1	*Corps* de l'utérus.	Angle inférieur de la *plaie* abdominale (péritoine et fascia).	»	Adhérences péri-utérines et périovariennes.	Salpingo-ovarite double.	*Amélioration des symptômes vésicaux* existants.	*Sortie le* 25 *août :* Amélioration.	27 *février* 1887 : Suppression des douleurs.	*Avril* 1888 : morphinisme exagéré (abcès). L'utérus est resté en place ; douleurs vives.	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Catgut.	1	*Corps* de l'utérus.	Angle inférieur de la plaie abdominale.	»	Adhérences recto-utérines.	Ovarite droite et gauche ; salpingite double.	Pas d'accidents.	Guérison sans accidents. 9 *décembre*: Utérus bien fixé.	*Mars* 1887 : Plus de douleurs intenses. Amélioration très réelle.	15 *mai* 1888 : Utérus toujours en place; Rein toujours mobile. Succès très net.	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire*
»	»	Les deux *ligaments ronds.*	*Paroi abdominale.*	»	»	»	»	»	»	»	Laparotomie et *Hystéropexie complémentaire.*

ation exécutée par Von Winiwarter (*Ann. Soc. Méd. et Chir. de Liège*). Nous ignorons

1	2	3	4	5	6	7	
37	Von Winiwarter (1)	34 ans.	1 accouchement.	*Dysmémorrhée* *Douleurs* vives; phénomènes hystériques; *métrorrhagies;* état général mauvais.	*Rétroversion mobile* (reponible) (*sic*). Ovarite chronique. Utérus un peu augmenté de de volume.	Reposition et pessaires de Schultze. *Dilatation* et *grattage* de l'utérus. Pas d'amélioration.	24 18
38 39 40	Klotz (2) (3e série).	»	»	»	*Rétroflexions utérines fixées.* (3 cas.)	»	1 1

(1) Voir Fraipont (*loc. cit.*).
(2) Voir aussi 3e *série* des opérations de Klotz dans le Tableau II.

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	1 fil de chaque côté.	*Ligament large* (au-dessus de l'insertion de la trompe, à droite.) *Bord de l'utérus à gauche* (plus de trompe.)	*Paroi abdominale* (procédé de Hacker-Wœlfler.)	»	Utérus libre; pas d'adhérences.	Ovarite chronique et périovarite avec dégénéres-cence kystique des ovaires.	Guérison sans accidents vésicaux.	Guérison; pas d'accidents dignes de remarque. Amélioration notable.	6 *semaines après:* Pas de douleurs; utérus maintenu fixé à la paroi. *Janvier* 1887 *:* Guérison complète.	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	*Trompes* ou *pédoncules* des deux ovaires enlevés (3 cas).	»	*Drainage rétro utérin.* (Drain de *Verre* dans la plaie; il descend jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Destruction complète des adhérences. (*Méthode des drains-supports.*)	»	»	*Drainage* maintenu 4 semaines; le drain est raccourci peu à peu; car on l'a remplacé par un tube en caoutchouc.	3 guérisons opératoires aseptiques.	»	»	3 Oophorectomies doubles. (Etançonnage, d'après Roux) et *Hystéropexies complémentaires.* (Drainage spécial.)

1	2	3	4	5	6	7	8
41	SÆNGER (Cas III.) (1)	M. S..., 28 ans.	Mariée depuis 7 ans.	Infection blennorrhagique grave. — Hystérie.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Pelvipéritonite adhésive. Lésion des annexes des 2 côtés.	2 ans de traitement palliatif.	12 [illegible] 1[illegible]
42	WERTH (Cas I.) (2).	X..., 41 ans.	5 enfants.	*Métrorrhagies* constantes. Neurasthémie depuis 18 mois, après avortement probablement. *Ménorrhagies*. Mauvais état général. Anémie.	*Rétroflexion* et *rétroversion extrême* de l'utérus. Pas de prolapsus actuellement.	Pendant 10 ans, port d'un pessaire en anneau contre un prolapsus. Depuis 2 ans ceintures avec pessaire à tige intra-utérine. Les pessaires ne la soulagent plus.	14 [illegible] 1[illegible]

(1) Cas de Sænger n° 5, d'après KELLY.

(2) Ce cas a été classé, à tort, pensons-nous, parmi les cas d'hystéropexies complémen[...] publié dans la *Gazette médicale de Paris* et dans les *Bulletins de la Société de Chirur*[...] pour prolapsus. Il faut l'en soustraire, car il s'agit bien plutôt, comme on va le voir[...] est due à KELLY, auquel le Dr WERTH (de Kiel) l'avait communiqué. — Le 2e cas de W[...] *nale antérieure*. Nous y avons insisté et avons cité en entier ailleurs cette obse[...]

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
...rin de Florence.	2 de chaque côté.	*Pédicule* des deux côtés (Cornes utérines.) Origine du ligament rond.	*Paroi abdominale* (à 2 centimètres en dehors de la plaie et à 4 centimètres au-dessus de la symphyse) à travers les *muscles* et la peau. (Nœuds à l'extérieur.)	Découverte des annexes difficile à cause des adhérences, surtout à gauche. Méthode bi-manuelle, (abdomino-vaginale) pour rompre les adhérences. Engagement du côlon descendant dans une *fente* entre l'utérus et la vessie. Sutures refaites à gauche.	Utérus adhérent, d'une façon lâche au rectum.	Ovarite, périovarite, salpingite et périsalpingite chronique à gauche. Mêmes lésions à droite avec kyste séreux dans l'ovaire de ce côté; adhérences autour des annexes, surtout à gauche.	1[ers] *jours :* Pas de phénomènes vésicaux. (Urine seule le 1[er] jour.) Pas de réaction au niveau de la plaie. Réunion immédiate.	Guérison complète (présentée à la Société gynécologique et obstétricale.) — Utérus d'une petitesse sénile, très mobile, placé en antéfixation.	5 *mois après*. Utérus petit, mobile, en antéfixation. Etat général excellent. Pas d'accidents locaux. Résultat parfait.	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Soie (?)	(?)	*Pédicules* ovariens des deux côtés.	*Paroi abdominale*, au-dessus de la vessie.	»	»	»	*Les deux premiers jours :* Aucun accident. Un peu de flatulence. — 3 *jours après :* Dysurie légère. — 7 *jours après :* Rétention d'urine. Douleurs vésicales et spasme de l'urèthre. — 12 *jours après :* Légère incontinence pendant quelques jours.	2 *mars :* Utérus en antéfixation; fond derrière la symphyse, non douloureux.	*Mai* 1887 : Amélioration progressive.	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*

...rolapsus par M. Pozzi sous le titre *Ventro-fixation après ovariotomie* dans son article
...iorет a reproduit cette interprétation dans son tableau des hystéropexies complémentaires
...on pour *rétrodéviation* de l'*utérus* que pour un prolapsus. — La relation de ce cas
...te à une *Vésico-fixation* (*Hystéropexie vésicale*) et non pas à une *Hystéropexie abdomi-*
...*ps.*

1	2	3	4	5	6	7	
43	Léopold (Cas II.)	Me Wilh. H..., 46 ans.	Veuve depuis 2 ans; mariée pendant 20 ans. Stérile. 2 enfants, (1865, 1866.)	*Douleurs* de reins vives. Travail impossible. *Séjour au lit* nécessaire à cause de la continuité des douleurs.	*Rétroflexion* de l'utérus *mobile* et gros. Annexes gauches sensibles et adhérentes.	Traitement par les pessaires resté infructueux. Traitement médical insuffisant.	22 1[illegible]
44	Boldt (Cas I.)	»	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus.	»	[illegible] 1
45	Sænger (Cas IV.)	Me F..., 23 ans.	Mariée depuis 7 ans. Stérile.	*Accès épileptiques* types depuis l'âge de 12 ans (8 à 10 fois par mois), héréditaires. Intelligence affaiblie. — *Douleurs* dysménorrhéiques. Accès augmentant de fréquence. (La suppression des douleurs coïncide avec la cessation des attaques.)	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. *Prolapsus* des annexes des deux côtés. Ovarite et périovarite chronique.	»	2[illegible] 1

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
[illegible]	3 superposés.	*Face antérieure du fond* de l'utérus.	*Bords* de la plaie de la paroi abdominale, à une certaine distance.	Difficultés pour détacher l'utérus et les annexes à gauche. *Grattage* au bistouri du *péritoine* recouvrant le fond utérin. Durée : 50 minutes.	Utérus adhérent au rectum (fausses membranes solides.)	Trompe gauche kystique (salpingite.) Ovarite chronique à gauche. Annexes à droite normales.	7e *jour :* Enlèvement des sutures de la plaie. 10e *jour :* des sutures fixatrices. 15e *jour :* La malade se lève. Douleurs disparues.	28e *jour :* Douleurs réapparues ; fond de l'utérus soudé à la paroi, mobile ; col très en arrière. Ovaire droit non douloureux.	5 *mois après* (25 août 1887) : Utérus faiblement antéfléchi. Douleurs légères. Bon état général.	1er *novembre* 1887 : Bonne consolidation. Un peu de douleur encore. Va mieux. Règles un peu douloureuses.	Salpingo-oophorectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire.* (L. pense avec raison qu'il aurait fallu enlever les annexes à droite.)
»	»	»	»	»	»	Hydrosalpingite double. Ovaire droit très adhérent, laissé en place.	»	Guérison. 2 *semaines après : Kyste ovarien droit* dans l'ovaire laissé en place, *enlevé.* Guérison.	»	»	Salpingectomie double et oophorectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire ;* puis *oophorectomie droite.*
…de Florence.	2 de chaque côté.	*Pédicules* des deux côtés (Cornes utérines.)	*Plaie* de *l'abdomen.*	*Fente* de la largeur d'un doigt entre l'utérus et la vessie, à droite après sutures. On refit les sutures pour l'éviter et empêcher l'intestin de s'étrangler.	Adhérences entre l'utérus et le rectum.	Ovaires adhérents hypertrophiés placés dans le cul-de-sac de Douglas.	1ers *jours :* Grande agitation, crampes, contractions, crises hystériques, cathétérisme pendant toute une semaine. *Petit abcès* qui suppura longtemps dans l'angle inférieur de la plaie.	2 *mois après :* Utérus bien mobile, en antéversion, très petit.	3 *mois après :* Pas d'amélioration dans les accès d'épilepsie ; hystéri diminuée. — État général meilleur. Disparition des douleurs locales. Utérus en place.	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*

1	2	3	4	5	6	7
46	Léopold (Cas III.)	Mme E. Richter, 36 ans.	Mariée pendant 15 ans. 3enfants (1871, 73 et 76). — Accouchements normaux.	Depuis 1886, *Douleurs* très vives des deux côtés du ventre. *Hémorrhagies;* troubles divers, ténesme rectal, etc., etc. Régles irrégulières et abondantes. *Anémie.*	*Rétroflexion* de l'utérus *mobile*, mais adhérent. — Hypertrophie du col. — Périovarite et périsalpingite des deux côtés.	Traitement pendant plusieurs mois resté infructueux.
47	Czerny (Cas IV.) (2e série.)	M. J..., 36 ans.	3 enfants.	*Dysménorrhée ; douleurs* fréquentes ; vie insupportable.	*Rétroflexion* avec un peu d'abaissement de l'utérus.	Lavages intra-utérins ; tampons intra-utérins ; *grattage et amputation du col* le 7 juin 1886.
48	Schramme (Cas I.) (1)	»	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus.	»
49	Schramme (Cas II.) (1)	»	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus.	»

(1) Faute de renseignements, nous rangeons ces deux opérations parmi les Hyst

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	*Face antérieure* du *fond* de l'utérus.	*Paroi abdominale* à une certaine distance.	*Suture du péritoine à la peau* du côté de la plaie, après la laparotomie. Adhérences difficiles à déchirer. *Pas de grattage. Tube à drainage* en arrière de l'utérus (à cause des lésions du cul de sac de Douglas) fixé par un point de suture à l'angle inférieur de la plaie. Durée : 1 heure.	Corps de l'utérus de dimensions normales : adhérences en arrière avec le rectum.	Ovaire et trompe augmentés de volume à droite.	4e *Jour:* Drain enlevé. 10e *Jour:* Sutures retirées. Pas de troubles d'aucune sorte.	17e *jour :* utérus petit, antéfléchi, soudé à la paroi abdominale. Rien autour de l'utérus. Cavité de Douglas libre.	6 *mois après* (29 novembre 1887) : Etat général très bon. Embonpoint. Forces revenues. Selles non douloureuses. Cicatrice normale. Utérus mobile souple, non douloureux; *menstruation* cessée. 9 *mois après* 6 février 1888) : Même état, très satisfaisant; utérus toujours fixé.	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	*Corps* de l'utérus.	*Bords* de la plaie de la *paroi* abdominale antérieure. (Procédé habituel de Czerny)	»	Adhérences périutérines ; thromboses veineuses dans le petit bassin.	Salpingite double. Ovarite des 2 côtés.	»	14 *juillet :* Guérison.	*Mai* 1888 : douleurs disparues ; utérus en antéversion.	*Octobre* 1888 : très bon état.	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	*Fond* de l'utérus.	*Paroi* abdominale. (Procédé de Léopold.)	»	»		Guérison.	»	»	»	*Hystéropexie complémentaire*
»	*Fond* de l'utérus.	Paroi abdominale. (Procédé de Léopold.)	»	»	»	Guérison.	»	»	»	*Hystéropexie complémentaire.*

entaires.

1	2	3	4	5	6	7
50	Bode (Cas I.)	»	»	*Douleurs* extrêmement vives.	*Rétroflexion* de l'utérus.	»
51 52 53	Korn Korn Korn (1)	» » »	» » »	» » »	*Rétroflexion* de l'utérus. Id. Id.	» » »
54	Spaeth (Cas IV.)	Binm., 35 ans.	Mariée depuis 17 ans. 1 enfant, 1 fausse-couche. Stérile depuis 13 ans.	»	Double *tumeur tubo-ovarique*. Périmétrite chronique. *Rétroversion* de l'utérus *fixé*.	Traitement depuis 13 ans par les pessaires.
55	Sænger (Cas V.)	»	»	Infection blennorrhagique (analogue à celle du cas n° 3).	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Lésions des annexes des 2 côtés.	»

(1) Nous rangeons ces observations dans ce tableau, quoique nous ne soyons pas

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	*Cornes* de l'utérus.	Plaie abdominale.	»	»	Ovarite double.	Guérison.	»	•	1888 : Etat resté bon. Disparition des symptômes nerveux. Bon résultat après 10 mois. Utérus bien maintenu.	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
» » »	Méthode d'Olshausen. d° d°	» » »	Pas de drain. d° d°	» » »	» » »	Guérison. Guérison. Guérison.	» » »	» » »	Malades suivies de 1 an à un an 1/2 : l'utérus est resté bien fixé.	3 *Hystéropexies complémentaires.*
»	*Pédicule* des deux trompes.	*Paroi abdominale.*	Destruction des adhérences.	»	Pyosalpinx à droite ; hémato-salpinx à gauche.	Guérison.	»	»	*Septembre* 1889 : résultat très bon.	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
2 de chaque côté.	*Pédicules des 2 côtés* (Cornes utérines.)	*Paroi abdominale antérieure* (au-dessus de la vessie) à 2 centimètres en dehors de la plaie.	Libération et redressement de l'utérus difficiles.	Utérus entouré d'adhérences dans le cul-de-sac de Douglas.	Pyosalpingite droite et périsalpingite ; kyste de l'ovaire de la grosseur d'une pomme à droite et périovarite ; mêmes lésions sans kyste, à gauche.	Pas de réaction. Pas de phénomènes vésicaux.	*20e jour :* Guérison. Pas de douleurs ; utérus antéfléchi, indolent, fortement fixé à la paroi du ventre, petit.	(Observation publiée en janvier 1888.)	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*

bien d'Hystéropexies complémentaires.

1	2	3	4	5	6	7
56	SWEIFEL (Cas II.)	»	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus. Périovarite.	»
57	SCHULTZE (Cas I.)	H. S..., 40 ans.	Mariée. Avortement à 5 mois.	Suites de *pyélonéphrite*. *Douleurs* vives. Rein droit douloureux. *Troubles vésicaux*.	Paramétrite chronique. — *Rétroflexion utérine*. — Ovairte. Rein droit mobile. Myôme interstitiel.	»
58	SCHAUTA (Cas II.)	M. H.... 33 ans.	»	»	*Kysto-adénome* de l'ovaire gauche. *Rétroflexion* utérine *mobile*.	»
59	LEE (Cas II.)(1)	F.S. P.., 30 ans.	Primipare.	*Dysménorrhée.*	Salpingite ancienne avec ovarite périodique. *Rétroflexion* de l'utérus.	»

(1) M. LEE aurait fait d'autres Hystéropexies complémentaires, mais il ne les a pas p

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
…il de …ie.	2	*Pédicules* des trompes et des 2 ovaires.	*Paroi abdominale*, au-dessus et des deux côtés de la symphyse.	»	»	»	Pas d'accidents.	Guérison complète.	»	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	*Fond* de l'utérus (à l'aide des fils ayant servi à fermer la cavité du Myome).	*Muscles* et *péritoine* du *bord gauche* de la *plaie abdominale.*	Enucléation du myome utérin. (Points de sutures interrompues.)	Myome utérin.	Ovaire droit malade.	Amélioration des *symptômes vesicaux* antérieurs. Vomissements au début. Cependant guerison rapide.	*A la sortie:* l'utérus est en antéversion.	3 *mois après:* douleurs disparues, utérus en antéposition. Paramètre un peu sensible. Très grande amélioration. 6 *mois après:* douleurs en rapport avec les accidents rénaux qui réapparaissent.	»	Oophorectomie droite avec Laparomyotomie et *Hystéropexie complémentaire.*
…oie.	2 de chaque côté.	(Voir Cas I dans l'autre Tabl.) (Schauta.)	Voir Cas I (Tabl. II.)	»	»	Kyste ovarique gros comme une tête d'enfant. Ovaire très adhérent à gauche.	Guérison sans le moindre incident.	»	»	»	Ovariotomie gauche et *Hystéropexie complémentaire.*
…oie.	»	(Voir Cas I dans l'autre Tabl.). (Lee.)	Idem.	Opération très difficile.	»	»	Convalescence lente. Utérus bien maintenu. Disparition des symptômes pelviens.	»	»	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*

1	2	3	4	5	6	7	
60	Olshausen (Cas III). (1)	»	»	»	*Rétroflexion* utérine.	»	L de
61	Schramme (Cas III.)	»	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus.	»	1
62	Schramme (Cas IV.)	»	»	»	d°	»	1
63	Schramme (Cas V.)	»	»	»	d°	»	1
64	Schramme (Cas VI.) (3)	»	»	»	d°	»	1
65	Frænckel (Breslau.) (4)	»	»	*Douleurs* vives.	*Rétroflexion* utérine.		1
66	Léopold (Cas IV.)	K..., 36 ans.	*Vierge*.	*Douleurs* depuis 8 ans, très vives, continuelles. *Crises* douloureuses, assez intenses sous forme d'accès très nets. Anémie.	*Rétroflexion* de l'utérus marquée. *Myome utérin*, polypiforme, gros comme un œuf de poule.	Traitement par les pessaires et tentatives de redressement manuel sans résultat.	2 1:

(1) Voir *Centralbl. für Gynæk.*, n° 24, p. 388, 1888. (Olshausen n'aurait montré que ce
25 décembre 1888, p. 560, disent qu'Olshausen a présenté deux malades. D'ailleurs le C
présentation, qui a eu lieu pourtant d'après le *Centralblatt f. Gynæk.*

(2) Nous pensons qu'il s'agit bien là d'une hystéropexie complémentaire, malgré l'al

(3) Rien ne prouve d'une façon formelle qu'il s'agit bien là d'hystéropexies complément

(4) D'après communication de Sænger (lettre de M. Frænckel (de Breslau) à Sæng
détails précis sont rangées dans les Hystéropexies complémentaires; les plus douteuse

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	»	»	»	»	»	»	»	»	»		*Hystéropexie complémentaire* (2).
	« » » »	Procédé de Léopold. d° d° d°	Procédé de Léopold. d° d° d°	» » » »	» » » »	» » » »	» » » »	4 guérisons complètes. Utérus resté en anté-fixation.	» » » »	» » » »	4 *Hystéropexies complémentaires* (?).
	»	»	»	»	»	»	Guérison.	»	»	»	*Hystéropexie complémentaire* (?).
	1	*Fond* de l'utérus, au-dessous des trompes.	*Paroi abdominale* (procédé habituel.)	*Ablation du myome* facile, de même que le redressement de l'utérus. Fermeture de la paroi abdominale avant de nouer les fils fixateurs.	Utérus épaissi Myome utérin de la grosseur d'une pomme, inséré sur le fond de l'utérus par un pédicule grêle.	»	Suites bénignes. Sutures enlevées le douzième jour et fils fixateurs enlevés le quatorzième jour.	»	8 *mois après* : Résultat très bon.	»	Laparomyomotomie et *Hystéropexie complémentaire*.

de Halle.). C'est donc par erreur que les *Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gyn.*, n° 12, *fficiel de ce Congrès*, publié il y a quelque temps seulement, ne fait pas même mention d'une

eignements.

rès de Gynécologie de Halle. — Toutes les observations qui ne sont pas publiées avec agnées du signe (?).

1	2	3	4	5	6	7
67	Léopold (Cas V.) (1)	Sch..., 30 ans.	Mariée depuis 6 ans. — Un accouchement en 1882.	*Douleurs lombaires* depuis son accouchement. — Constipation. — Anémie.	*Rétroflexion* de l'utérus. — Salpingite et oophorite double grave. Augmentation très notable du volume de l'utérus immobile. Chute légère du vagin.	Pessaire mal supporté. Bains, repos, etc., sans succès.
68	Pascali.	»	Mariée. Stérile.	*Douleurs* abdominales vagues. *Phénomènes nerveux* hystériformes. Constipation Règles très douloureuses.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Ovaire gauche douloureux. *Prolapsus* de l'ovaire gauche.	Tentatives de redressement par la méthode de Schultze. Succès temporaire. Puis l'utérus, ayant paru libéré, retombe en arrière.
69	Hégar. (2)	»	»	»	*Rétrodéviation utérine.*	»
70	Spaeth (Cas V.)	Nck..., 38 ans.	Mariée depuis 16 ans. — Trois accouchements. — Fièvres lors des suites de couches.	*Douleurs.* — *Hémorrhagies.*	*Myome* sous-séreux du fond de l'utérus. *Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Périmétrite chronique.	Traitée depuis 5 ans par les pessaires, le massage, avec de légères améliorations passagères.

(1) Observation intéressante, car l'ovaire droit malade n'a pas été enlevé. On a
(2) Communication au *Congrès de Fribourg* (Discussion de la communication de l

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Soie.	3	*Fond* de l'uterus.	*Paroi abdominale*. (Procédé habituel.)	Destruction des adhérences très difficiles (Emploi du bistouri). *Grattage du fond de l'utérus*. Fermeture de la partie inférieure de la plaie avant de nouer les fils fixateurs.	Adhérences très nombreuses au pourtour de l'utérus.	Ovaires entourés de fausses membranes surtout à droite.	Pleurésie intercurrente. Fils fixateurs enlevés le seizième jour.	9 *juin* : Utérus très bien fixé. Paramètre sain.	8 *mois après* : Etat général très amélioré. Cependant l'utérus a été attiré un peu en arrière par l'ovaire droit non enlevé et augmenté de volume. Règles persistantes.	»	Salpingo-oophorectomie gauche et salpingectomie droite. *Hystéropexie complémentaire*.
Catgut.	2	*Pédicule* de l'ovaire gauche.	*Paroi abdominale*.	Anesthésie difficile. Incision de 14 centimètres. Suture en étages de la paroi. Durée : 1 h. 1/2.	Utérus très adhérent, en arrière, immobile.	Ovaire gauche hypertrophié. Ovaire droit sain.	Suppuration dans l'angle inférieur de la plaie. Tiraillements de la cicatrice par *distension de la trompe* à l'époque des règles (?)	Sortie bien guérie.	3 *mois* environ après : Utérus bien mobile, en antéversion.	»	Oophorectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire*.
	2	*Base* du ligament large au-dessous du ligament rond (Mode Sænger.)	*Paroi abdominale*, à 1 centimètre de la plaie.								
Soie.	»	»	»	»	»	»	»	L'utérus s'est à nouveau déplacé.	»	»	*Hystéropexie complémentaire* (?).
»	»	Méthode de Léopold.	»	Destruction des adhérences.	»	»	Guérison.	»	»	»	Myomotomie et *Hystéropexie complémentaire*.

rper.

le détails publiés.

1	2	3	4	5	6	7	
71	SPAETH (Cas VI.)	Flrmm, 38 ans.	Mariée depuis 9 ans. Stérile.	»	Rétroflexion de l'utérus *fixé*. Périmétrite chronique. Pyosalpinx gauche blennorrhagique.	4 mois de traitement suivi d'insuccès.	3 ju 18
72	LÉOPOLD (Cas VI.)	Th..., 39 ans.	Mariée depuis 18 ans. Treize accouchements normaux.	*Douleurs* abdominales. Impossibilité de la marche et de tout travail. *Hémorrhagies.*	Salpingo-ovarite double chronique. *Utérus* paraissant *fixé* et *rétrofléchi.*	*Grattage* de l'utérus le 7 juillet 1888.	ju 188
73	LÉOPOLD (Cas VIII.)	S. T..., 34 ans.	Mariée depuis 7 ans. Un accouchement difficile avec fièvre.	*Douleurs* continuelles à gauche. Impossiblité de travailler. Anémie. Insuffisance mitrale.	Salpingo ovarite chronique gauche. *Utérus rétrofléchi* très fortement *fixé*. Utérus gros.	Pessaires sans résultat.	3 : 18

(1) C'est aller vite que de faire une laparotomie 3 jours après un grattage de l'utérus ; po
ce qui ne nous étonne pas.

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	»	*Pédicule* de la trompe enlevée.	*Paroi abdominale.*	Destruction des adhérences très solides.	»	»	»	Guérison opératoire, mais insuccès orthopédique, sinon thérapeutique.	4 *mois après* : *Utérus de nouveau retombé*. Mais on peut aujourd'hui le redresser et le maintenir redressé avec un pessaire de Hodge, ce qui ne pouvait pas se faire auparavant. Plus de douleurs.	»	Salpingectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire*.
…oir.	3	*Fond* de l'utérus.	*Paroi abdominale.*	*Grattage du fond de l'utérus*. Fermeture de l'abdomen en bas avant de nouer les fils fixateurs.	Utérus situé dans une sorte de poche formée par les annexes; mais son fond est mobile.	Salpingite double suppurée.	Rien de particulier. Le dix-huitième jour on enlève les fils fixateurs.	Utérus redressé et fixé en avant.	3 *mois après* : Bon résultat, paramètre libre. 6 *mois après* : Résultat très bon, forces revenues; utérus mobile et fixé.	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire*.
»	2	*Fond* de l'utérus.	*Paroi abdominale.*	Déchirure des adhérences très difficile. *Grattage du fond de l'utérus*.	Adhérences périutérines d'aspect cartilagineux. Utérus fixé au bassin et au rectum.	Kyste de l'ovaire gauche gros comme 1 œuf; hydrosalpinx gauche. Annexes à droite saines.	Suites parfaites. Fils fixateurs retirés le dix-huitième jour.	4 *semaines après l'opération* : Utérus bien fixé. Plus de douleurs.	5 *mois après* : Résultat très bon à tous les points de vue. Travail possible. Pas de troubles vésicaux. Ovaire droit laissé en place gros et sensible. Utér. fixé et bien mobile.	»	Salpingo-oophorectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire*.

…s chirurgiens (Pozzi, etc.) ont fait ces deux opérations le même jour, sans inconvénients ;

1	2	3	4	5	6	7	
74	Picqué (Cas I.) (1)	32 ans.	Deux enfants. Le dernier il y a 8 ans.	Malade depuis 6 ans. *Dysménorrhée Douleurs* pendant la marche.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Rien aux annexes d'abord; puis envahissement du cul-de-sac (salpingite).	*Dilatation* et redressement (Méth. Trélat.) — Mauvais résultats.	29 te l
75	Marschner	»	»	»	*Rétrodéviation utérine.*	»	te l
76	Bode	»	»	»	*Rétrodéviation utérine.*	»	
77	Bode	»	»	»	d°	»	
78	Wido	»	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus *mobile.*	»	
79	Wido (2)	»	»	»	Gros *utérus rétrofléchi.*	»	
80	Coe (Cas I.) (3)	»	»	*Douleurs* vives.	*Rétroflexion* avec adhérences. — Tuméfaction des ovaires.	Traitements divers très longs et inutiles (2 ans).	
81	Coe (Cas II.)	»	»	*Douleurs* très intenses.	*Rétrodéviation utérine.*	»	
82	Spaeth (Cas VIII.)	Myr., 29 ans.	Mariée depuis 8 ans. — 1 enfant il y a 7 ans. — Stérile depuis.	»	Paramétrite chronique atrophique postérieure. — *Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. — Kyste de l'ovaire droit.	En traitement depuis 3 ans. *Opération d'Emmet* (Déchirure du col.) Massage, qui donna un résultat passager. Pessaires non supportés.	

(1) M. Picqué a fait depuis d'autres hystéropexies, dont quelques-unes ont été publié
(2) Cité par M. le Dr Wendt.
(3) Voir *Cent. für Gyn.*, n° 52, 1888; cité aussi par Lee et le *The Am. Journ. of Obst.*

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Soie.	2 à droite. 3 à gauche.	*Ligaments ronds* et *ligaments larges.*	*Paroi abdominale.* (Procédé de Sænger.)	Mobilisation de l'utérus. *Drainage du péritoine.* (Procédé de Mickuliez.)	Adhérences filamenteuses de l'utérus.	Salpingite purulente gauche. Adhérences péri-ovariennes.	Suites opératoires simples, malgré suppuration. Drain retiré le deuxième jour.	17 *octobre* : utérus en antéversion.	»	»	Salpingo-oophorectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	*Hystéropexie complémentaire* (?).
» »	» »	» »	» »	» »	» »	» »	» »	» »	» »	» »	2 *Hystéropexies complémentaires* (?).
» »	» »	» »	» »	» »	» »	» »	» »	Guérison dans les 2 cas.	» »	» »	2 *Hystéropexies complémentaires* (?).
Soie.		*Fond* de l'utérus.	*Paroi abdominale.*	Rupture des adhérences.	»	»	»	Bonne convalescence. Utérus en place.	3 *mois après* : Utérus bien fixé en avant. Disparition des douleurs	1 *an après* : A la suite d'un *effort, l'utérus s'est détaché* et est tombé en rétroversion à nouveau.	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	»	»	»	»	»	»	Guérison rapide.	»	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	1° à droite : *Pédicule* tubo-ovarique. 2° à gauche : Procédé de Sænger.	*Paroi abdominale.*	»	»	»	»	»	28 *avril* 1889 : État local et état général excellents.	»	Salpingo-oophorectomie droite et *Hystéropexie complémentaire.*

se de M. Racoviceanu et qu'on trouvera dans l'autre tableau.

re), qui rappelle ce cas avec plus de détails. Voyez aussi *New-York Medical Journal.*

1	2	3	4	5	6	7	
83	TERRIER (Cas II.) (1)	Mme B., 36 ans.	5 accouchements.	*Douleurs* vives. *Crises* épouvantables, nerveuses, très intenses. *Hystérie* probable.	*Rétroversion* intense *irréductible*. — Utérus très gros, très mou. Métrite. Salpingite.	Pessaires. Grossesse recommandée. Rien n'y fit.	23 1
84	MARTIN (Cas I.)	»	»	»	Oophorite et salpingite purulente chronique. — *Rétroflexion* de l'utérus *fixé*.	»	7 1
85	SPAETH (Cas IX.)	Msch., 43 ans.	3 enfants vivants. 3 fausses couches.	»	Paramétrite puerpérale depuis 7 ans. — *Rétrodéviation* de l'utérus. — Kyste multiloculaire du parovaire gauche.	Pessaires et massage, sans résultat.	20 1
86	SPAETH (Cas X.)	Grs., 32 ans.	3 accouchements normaux.	Au dernier accouchement (6 semaines après): Perte de sang abondante. Depuis *douleurs* continuelles. *Phtisie pulmonaire* avancée.	Tumeur de l'ovaire droit. — *Rétroflexion* de l'utérus *fixé*.	Pessaires et massage avec succès passager. Persistance des douleurs.	25 1

(1) Observation publiée par M. TERRIER dans les *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1889, *passi[m]*

[illegible]	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
[illegible]	4	*Face antérieure du fond* de l'utérus.	*Paroi abdominale.* (son procédé).	Durée 30 minutes.	»	Annexes malades (Petits Kystes).	Pas de troubles vésicaux.	Pas d'accidents. Disparition des douleurs comme par enchantement.	*Novembre* 1888 : Va bien. *En février* 1889 : Douleurs reparues ; hystérie. *Opération simulée* (*hystérectomie vaginale*). Guérison immédiate.	*Été* 1889 : L'opération simulée a produit les meilleurs effets. *Novembre* 1889: Guérison absolue, utérus en place.	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire* et opération simulée.
[illegible]	2 à 4	*Fond* de l'utérus.	*Plaie de la paroi abdominale.* Fils noués à l'extérieur.	Destruction des adhérences.	»	»	Fils enlevés le 15 juin.	»	Douleurs à peine amoindries. Utérus resté fixé pendant 6 mois.	*Novembre* 1889: *Utérus retombé* et *fixé* comme jadis. Douleurs presque aussi intenses qu'autrefois. *Insuccès.*	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
[illegible]	»	*Pédicule* de l'ovaire.	*Paroi abdominale.*	»	»	»	»	»	Guérison.	*Septembre* 1889 : Tout est très bien; pas de douleurs. Utérus bien fixé.	Ovariotomie gauche et *Hystéropexie complémentaire.*
[illegible]	2	Fixation du seul côté droit: *Pédicule* de l'ovaire droit.	*Paroi abdominale* à droite.	»	»	»	Guérison.	»	*Juin* 1889: Utérus bien fixé. Amélioration de l'état général. Pas de douleurs. *Pas de progrès dans la phtisie.*	»	Ovariotomie droite et *Hystéropexie complémentaire.*

1	2	3	4	5	6	7	
87	Léopold (Cas IX.)	E. N., 30 ans.	Mariée depuis 10 ans. — 4 enfants. — Pelvi-péritonite.	*Douleurs* dans les reins et irradiées dans le ventre. Incapacité de travail. — *Ménorrhagies* abondantes. — *Anémie.*	Utérus très sensible. *Rétroflexion mobile* de l'utérus. — Utérus présentant des fibromes. Ovaires sensibles et gros.	En traitement depuis 2 ans. — Traitement gynécologique ordinaire. — Pessaires non supportés, trop douloureux.	29
88	Routier (Cas I.) (Inédite.) (1)	L. P., 24 ans.	2 grossesses : 1 enfant mort, 1 à terme.	*Douleurs* depuis le 1er accouchement. *Métrorrhagies.* Pertes blanches continuelles. Travail impossible.	*Rétroflexion utérine* (simulant une tumeur de l'ovaire), d'apparence *fixe*, mais *enclavée*, sans adhérences en réalité.	»	1
89	Terrier (Cas III.)	C. de E., 24 ans.	1 enfant.	*Névralgies ovariennes.* Hystérie assez accusée. — Irradiations douloureuses multiples. — *Dysménorrhée. Vaginisme.*	Salpingite et ovarite des 2 côtés. — *Rétroversion utérine* et *rétroflexion.*	Eaux minérales (Luchon, Salis, etc.)	

(1) Observation *princeps*, inédite en partie (voir plus loin aux Observations). *Premie*

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	3	*Fond* de l'utérus.	*Paroi abdominale.*	Redressement de l'utérus facile (procédé habituel).	» Utérus augmenté de volume et d'une consistance dure. (Myome dans la paroi antérieure.)	Ovaires à peine altérés.	Rien de particulier.	»	*Malade revue après 1 mois :* Utérus bien fixé très mobile, non douloureux. Paramètre libre.	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Crin de Florence.	1	*Pédicule* de l'ovaire droit enlevé.	*Plaie* de la *paroi* abdominale. (angle inférieur.)	Redressement de l'utérus sous le doigt comme un ressort. — Reproduction artificielle de la rétrodéviation possible. Chloroforme difficile. Durée 42 minutes.	Utérus rétrofléchi fortement, comme un arc tendu ; pas d'adhérences.	Trompe et ovaire gauches sains. Ovaire malade à droite: *Kyste.*	*Le 27 décembre* : 1res règles ; va bien.	4 *janvier* 1889 : Guérison à la sortie. Pas de douleurs ; Utérus en place.	24 *avril* 1889 : Utérus bien en place et GRAVIDE.	*Revue en septembre* 1889 : ENCEINTE DE 8 MOIS. (Pas de douleurs ni de tiraillements pendant la grossesse). 31 *octobre* : ACCOUCHEMENT NORMAL. 10 *décembre* 1889 : pas de douleurs les adhérences se sont bien maintenues.	Oophorectomie droite et *Hystéropexie complémentaire* *Grossesse* à terme.
Catgut.	1	Face antérieure du fond de l'utérus.	Paroi abdominale.	Opération assez pénible. Durée 40 minutes.	»	»	Rien du côté de la vessie.	Résultats immédiats très bons.	22 *janvier* 1889 : Utérus maintenu. Guérison presque absolue.	»	Salpingooophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*

[Grosse]sse après Hystéropexie.

1	2	3	4	5	6	7	
90	Kelly (Cas II.) (1)	»	»	»	*Rétrodéviation utérine.*	»	1[illegible]
91 92 93 94	Boldt (Cas II, VI, VII, VIII.) (2)	» » » »	» » » »	» » » »	4 *Rétroflexions* utérines.	» » » »	
95 96	Sænger (Cas IX, X) (2)	» »	» »	» »	2 *Rétroflexions* de l'utérus.	» »	
97	Quénu (Cas I.) (Inédit.) (4)	P..., 40 ans.	Pas d'enfants.	*Douleurs* dans les reins et le ventre, surtout depuis 2 ans. *Paralysie de la vessie.* Cystite. — *Névropathe.* Antécédents héréditaires nerveux. Etat général médiocre.	*Rétroversion complète* de l'utérus. Ovaires gros.	Cautérisations. Injections vaginales prolongées. Vésicatoires. Hydrothérapie.	Ja[illegible]
98	Larjeau	»	»	*Métrorrhagies. Douleurs* fixes, très vives à gauche.	Endométrite. *Rétroversion de l'utérus.*	»	1[illegible]
99	Slavjanski (Cas II.)	»	»	»	Oophorite chronique double. *Rétroflexion* de l'utérus.	»	1[illegible]

(1) Kelly a fait récemment d'autres hystéropexies; mais il n'a donné sur ces opé[illegible]
(2) Observations citées simplement par ces auteurs.
(3) Deux cas, sur quatre opérations de M. Sænger, se rapporteraient à des hystéropexi[illegible] publiés. Ce chirurgien n'aurait fait que 7 Hystéropexies complémentaires (voir T. II, nº [illegible]
(4) Observation inédite relatée *in extenso* plus loin. (Voir Observations.)

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	»	»	»	»	»	*Mort* par étranglement interne à la suite de formations d'adhérences.	»	»	»	*Hystéropexie complémentaire.* (Pas d'autres renseignements)
» » » »	*Fond* de l'utérus (modification spéciale du procédé de Léopold).	*Paroi abdominale*.	» » » »	» » » »	» » » »	» » » »	4 *Insuccès.*	» » » »	» » » »	4 *Hystéropexies complémentaires* (?)
» »	» »	2 Ventrofixations (procédé habituel.	» »	» »	» »	» »	2 Guérisons complètes.	» »	» »	2 *Hystéropexies complémentaires* (3).
1	*Fond* de l'utérus.	*Paroi abdominale*.	»	»	Ovaires kystiques.	*Troubles vésicaux* disparus dès le soir même. — *Abcès* de la paroi et *embolie pulmonaire* d'origine septique (9e jour). *Thrombose* de la veine fémorale.	Sortie deux mois et demi après l'opération.	»	1 *an après* (janvier 90) : Disparition des troubles de la miction. Encore quelques douleurs lors des règles. Accid. d'hystérie. Utérus très bien fixé.	Castration et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	Utérofixation.	»	»	Kyste hématique de l'ovaire gauche.	Guérison. Disparition des douleurs. Va bien.	»	»	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	Procédé de Léopold.	»	»	»	Guérison.	»	»	»	*Hystéropexie complémentaire.*

ndication précise, sauf sur les 3 opérations que nous rapportons plus loin.

n (communication au Congrès de Fribourg) ; malheureusement les détails n'en sont pas

1	2	3	4	5	6	7
100	Cuzzi (Cas I.)	Fr. M. Czz..., 26 ans.	Mariée à 20 ans. Avortement à 3 mois à 22 ans et un autre à 23 ans. (octobre 1886.)	*Douleurs* vives dans l'abdomen. *Hémorrhagies* très abondantes depuis 1er avortement.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. *Kyste de l'ovaire droit.*	Lavages intra-utérins; cautérisations intra-utérines. (Endométrite hémorrhagique). Pessaires. Succès temporaire. Puis réapparition des troubles.
101	Spaeth (Cas XIII.)	B..., 40 ans.	3 enfants. Une fausse couche il y a 4 ans.	*Douleurs* depuis l'avortement.	Métrite chronique. Paramétrite atrophique, postérieure *Rétroversion* utérine. *Hydrosalpinx* bilatéral.	Tampons, pessaires et massage depuis 3 ans; succès seulement passager.
102	Spaeth (Cas XIV.)	Blw., 27 ans.	2 enfants.	Depuis le dernier accouchement (il y a 6 ans) : *Douleurs* lombaires et douleurs pendant la défécation. *Ménorrhagies*.	*Périoophorite* chronique. *Hématoovarium* à droite. *Rétroflexion* de l'utérus.	Traitement gynécologique prolongé, sans résultat.
103	Picqué (Cas VI.)	Math. J..., 31 ans.	1 accouchement normal à 25 ans.	*Douleurs* dans le bas-ventre depuis 6 ans. Gêne et pesanteur sacrée. *Métrorrhagies* fréquentes.	*Rétroversion et Rétroflexion* de l'utérus *irréductible*. Pas de lésion appréciable, pense-t-on, des annexes.	Examen sous le chloroforme le 27 mai.

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	2	A droite *Pédicule de l'ovaire et de la trompe.*	*Péritoine de la paroi* abdominale à 2 centimètres de la plaie. (Mode Kelly, 1re man.)	Opération facile.	Adhérences rétro-utérines.	Ovaire droit gros comme un œuf.	7e *jour:* ablation des fils superficiels. 10e *jour:* ablation des fils profonds de la paroi. Le 12e *jour:* tiraillements au point fixé.	Sortie bien guérie : utérus très bien fixé.	«	»	Salpingo-oophorectomie droite et *Hystéropexie complémentaire unilatérale.*
		Pas de fixation à dessein à gauche.									
»	»	»	Procédé de Czerny.	»	»	»	Guérison.	»	2 *mois après :* l'utérus tient bien ; mais il persiste des métrorrhagies dues à un polype intra-utérin et de formation récente.	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	»	Procédé de Czerny.	»	»	»	Guérison.	»	4 *mois après :* va bien.	«	Salpingo-oophorectomie droite et *Hystéropexie complémentaire.*
Soie.	4 latéraux. 1 inférieur médian.	4 points latéraux (2 chaque côté). *Bords latéraux* du corps de l'utérus. Partie inférieure. *Face antérieure* de l'utérus (partie inférieure).	*Lèvres* de la *plaie* abdominale Extrémité inférieure de l'incision.	Incision abdominale de 3 centimètres seulement. Légère *hémorrhagie* en détruisant les adhérences.	Adhérences rétro-utérines nombreuses, mais de moyenne épaisseur.	Dégénérescence kystique de l'ovaire *droit*	Quelques douleurs dans le ventre les premiers jours. *Abcès* au niveau de l'incision. (Elimination d'un fil).	9 *mai* : parfaitement guérie. Utérus bien fixé.	Malade non revue.	»	*Hystéropexie de parti pris* et oophorectomie gauche complémentaire.

1	2	3	4	5	6	7	
104	MARTIN (Cas III.)	«	Femme d'un médecin gynécologiste.	*Douleurs* abdominales très vives.	Tumeur en arrière du corps de l'utérus. *Rétroflexion mobile* de l'utérus.	*Amputation du col*, faite antérieurement, avec *colporrhaphie.*	3(
105	PRÆGER (Cas I.)	Sch., 30 ans.	1 enfant il y a 6 ans. Maladie de 5 mois après l'accouchement. Stérile depuis 5 ans.	*Douleurs* violentes à gauche et vers le sacrum, surtout pendant la défécation et les règles. Travail impossible.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé.* Ovaires fixés.	Pessaires dans les dernières années ; ils aggravent les douleurs. Traitement gynécologique infructueux.	9 1
106	PRÆGER (Cas II.)	Me F..., 34 ans.	2 accouchements.	*Douleurs* dans l'intervalle des règles. *Règles* abondantes et douloureuses, durant 8 jours. Anémie.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé.* Myome interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus (?). Paramétrite gauche.	Traitement gynécologique ordinaire sans succès.	17 1

(1) Les cas III et IV de PRÆGER se rapportent à des prolapsus.

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	«	»	Ventro-fixation.	»	Tumeur kystique rétro-utérine, encapsulée, contenant de la sérosité péritonéale.		Guérison opératoire parfaite.	Utérus en bonne position.	*Morte* en octobre 1889 d'une affection non spécifiée.	»	Ablation d'un kyste rétro-utérinet *Hystéropexie complémentaire.*
Soie.	2 1 de chaque côté.	*Ligament large* et *ligament rond.*	*Paroi abdominale* (Pr. Olshausen.)	*Hémorrhagie* légère, arrêtée par la compression.	Utérus très adhérent en arrière.	Ovaires très adhérents. atteints de dégénérescence kystique.	11 au 16 *mai* : règles.	25 *mai* : sortie guérie.	7 *mois après* : cessation des règles. Bonne santé. *Pas de douleurs.* Elimination d'un fil de soie. Utérus bien fixé, mobile.	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Catgut.	1 médian.	*Fond* de l'utérus.	*Bords de la plaie* abdominale (Pr. Czerny.)								
A droite.											
Soie.	2	*Pédicule* de l'*ovaire droit* (un fil sur la corne utérine; un fil sur le lig. large.)	*Paroi antérieure de l'abdomen.* (Pr. d'Olshausen)	*Hémorrhagie* abondante. (Ligatures en masse.)	Utérus adhérent.	L'ovaire *gauche* n'a été enlevé qu'en partie.	Guérison.	Sortie le 19e jour. *Un mois après:* Pas de douleurs vésicales ni autres. Règles un peu irrégulières encore.	7 *mois après* : règles devenues normales. Plus de douleurs. Utérus bien fixé. Le reste de l'ovaire gauche n'est pas appréciable. Ligament large gauche toujours rigide.	»	Oophorectomie double et *incomplète* et *Hystéropexie complémentaire unilatérale.*
Pas de fixation à gauche. (Impossibilité de rapprocher de la paroi le ligament large de ce côté).											

1	2	3	4	5	6	7	
107	Zinsmeister (Cas II.)	A. N., 39 ans.	3 accouchements normaux. 1 accouchement prématuré.	*Douleurs* depuis 5 mois dans le bas du ventre. Difficultés pour aller à la selle. Selles douloureuses. Sensation de pesanteur en arrière. Bonne constitution.	*Rétroflexion* de l'utérus *mobile*.	»	
108	Cohn (Cas I.)	W. R., 30 ans.	1 avortement il y a 5 ans.	*Douleurs* dans l'abdomen. *Hémorrhagies* profuses. Incapacité de travail depuis 2 ans. Etat nerveux.	Kyste de l'ovaire droit. *Rétroversion* de l'utérus *fixé*. Salpingite double. *Prolapsus des ovaires*.	Massage, gymnastique depuis 2 ans 1/2, par Cohn, sans résultat, de même qu'une saison à Elster.	
109	Toerngren (Cas I.)	A. W., 25 ans.	»	Aménorrhée.	*Ovarite* et *Pachysalpingite* bilatérale. Utérus en *rétrodéviation fixée*.	»	(1
110	Toerngren (Cas II.) (1)	J. M. R., 45 ans.	»	»	*Ovarite* chronique double. *Hydrosalpinx* à droite. *Salpingite* chronique gauche. *Rétroversion* de l'utérus *fixé*. *Prolapsus des ovaires*.	»	6 1
111	Martin (Cas IV.)	»	»	»	Oophorite et salpingite chronique double. Périmétrite. *Rétroflexion* de l'utérus.	»	2
112	Martin (Cas V.)	»	»	»	Oophorite et salpingite droite. *Rétroflexion* de l'utérus. Prolapsus du vagin.	»	j

(1) Ce cas est le cas n° 8 de la série de Toerngren.

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	»	»	Ventro-fixation (procédé spécial; voir Tableau II, Cas I de Zinsmeister). Fils *verticaux*.	»	»	Kystes gros comme une tête d'enfant. — Annexes gauches saines.	Suites opératoires parfaites. La malade, qui avait souffert *comme par le passé* de douleurs en urinant pendant les 10 premiers jours, guérit très bien.	»	»	»	Ovariotomie droite et *Hystéropexie complémentaire.*
Soie.	3	»	Méthode de Léopold.	Ablation des annexes difficiles.	Adhérences nombreuses autour de l'utérus simulant un filet à mailles larges. Utérus gros.	Trompes épaissies, dures.	Convalescence régulière.	Encore en traitement en octobre 1889, à cause d'une anémie très marquée. — Utérus petit bien fixé en avant.	»	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Catgut.	2	*Fond* de l'utérus.	*Bords* de la plaie abdominale.	»	»	»	Guérison avec fièvre.	27 *août* : utérus bien fixé.	»	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Catgut.	2	*Fond* de l'utérus.	*Bords* de la plaie abdominale.	»	»	»	Guérison.	27 *août* : utérus bien fixé.	»	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	»	Ventro-fixation.	»	»	»	»	Guérison.	*Novembre* 1889 : état satisfaisant.	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	»	»	Ventro-fixation.	»	»	»	»	»	8 *novembre* 1889 : utérus en situation normale; probablement salpingo-ovarite gauche.	»	Salpingo-oophorectomie droite et *Hystéropexie complémentaire.*

1	2	3	4	5	6	7	8
113	Terrier (Cas IV.) (1).	H... (Joséphine), 29 ans.	1 accouchement le 19 avril 1889.	*Douleurs* abdominales depuis 3 semaines, plus intenses à droite. Métrorrhagies depuis l'accouchement. Pas de troubles vésicaux.	*Rétroversion* douloureuse de l'utérus, diagnostiquée *mobile*. Ovaire gauche tuméfié. Rectocèle et uréthrocèle légère.	»	2[illegible] juil 18[illegible]
114	Toerngren (Cas III.)	H. J. V., 27 ans.	»	»	*Ovarite* et *salpingite* catarrhale bi-latérale. *Rétroflexion* de l'utérus *fixe*.	»	26 juil 188
115	Gottschalk (Cas I.)	28 ans.	»	*Douleurs* vives. Marche impossible.	Kyste parovarien gauche. *Rétroflexion mobile* de l'utérus.	»	Déb d'o tob 188

(1) Observation inédite, relatée *in extenso* plus loin.

9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
…ophorectomie gauche.	Catgut moyen.	3	*Fond* de l'utérus.	*Bords* de la *plaie abdominale*.	L'aiguille de de Reverdin en traversant l'utérus détermine une petite *hémorrhagie* à cause de la congestion très intense de l'organe. Durée une demie heure. Sutures à étages de la paroi.	Adhérences nombreuses au rectum et aux intestins. Rétroversion complète et fixée utérus volumineux.	*Annexes droites* saines. *Annexes gauches :* adhérentes; salpingite ovaire (kystique à gauche.	2me *jour* : apparition des règles. Guérison rapide.	*Sortie le* 12 *aout :* utérus bien fixé.	»	»	Salpingo-oophorectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire.*
[illegible]	Catgut.	2	*Fond* de l'utérus. (Procédé Terrier.)	*Bords* de la plaie abdominale.	»	Utérus adhérent.	Ovaires très adhérents.	Guérison.	27 *août* : utérus fixé.	»	»	Salpingo-ooplio rectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
[illegible]	Soie.	2	»	Les 2 sutures les plus inférieures, fermant la plaie abdominale, sont passés à travers la *paroi antérieure* de l'utérus au niveau du fond entre les orifices des trompes.	Pas de grattage du péritoine recouvrant le fond de l'utérus.	«	»	Sutures enlevées le 16me jour.	Guerison.	Utérus bien fixé. Antéversion légère. Disparition des douleurs.	»	Ablation d'un kyste para-ovarien et *Hystéropexie complémentaire.*

1	2	3	4	5	6	7
116	Hall (Cas I).	M..., 37 ans.	3 enfants. 2 fausses couches; la dernière il y a 6 ans. Infection à cette époque.	*Douleurs* dans l'abdomen depuis 6 ans, et dans les reins. Etat misérable. Travail impossible.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Pyosalpinx à gauche.	Traitement médical infructueux. *Pessaires*. Ils ne font qu'aggraver les douleurs. Traitement local sans effet.
117	Hall (Cas II.)	G... 23 ans.	2 accouchements ; une fausse couche, intermédiaire, suivie d'infection.	*Douleurs* dans le dos et l'aine depuis le premier accouchement il y a 3 ans, plus vives depuis 1 an.	*Rétroflexion* de *fixé*. Salpingite double.	*Pessaires* depuis son 1er accouchement. Traitement médical prolongé sans succès.
118 119 120 121	Odebrecht (Cas I, II, III, IV.)	»	»	»	4 *Rétrodéviations mobiles* de l'utérus.	»
122 123 124 125 126 127	Linotzki (Cas I à VI.)	»	»	»	6 *Rétrodéviations* utérines.	»
128	Follet (Lille) (1).	»	»	»	*Rétrodéviation utérine*.	»

(1) Mentionnée en un seul mot et citée par Debierre.

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Crin de Florence.	2 (un de chaque côté.)	*Cornes* de l'utérus.	*Paroi* abdominale antérieure (à un pouce de l'incision.)	*Raccourcissement préalable des ligaments larges*, à l'aide des ligatures placées sur le pédicule des annexes. (*Procédé de Tait.*)	»	»	Sutures enlevées après 2 semaines. Guérison.	15 *novembre* 1889 : utérus bien adhérent à la paroi.	»	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystépexie complémentaire.* *Racc. des Lig. Larges.*
Crin de Florence.	2 (un de chaque côté.)	*Cornes* de l'utérus.	*Paroi* abdominale.	*Raccourcissement préalable des ligaments larges* (*Procédé de Tait*) insuffisant.	»	Trompe gauche suppurée.	Sutures enlevées. Guérison rapide.	15 *novembre* 1889 : utérus bien fixé.	»	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.* *Racc. des Lig. Larges.*
»	»	»	Méthode de Léopold (dans les 4 cas).	»	»	»	Guérison.	Très bon résultat (dans les 4 cas).	»	»	4 *Hystéropexies complémentaires* (?).
»	»	»	6 Ventro-fixations.	»	»	»	6 bons résultats.	»	»	»	6 *Hystéropexies complémentaires.*
»	»	»	Hystéropexie.	»	»	»	»	»	»	»	*Hystéropexie complémentaire.*

1	2	3	4	5	6	7
129	GUSSEROW. (1.)	»	»	»	*Rétrodéviation* utérine.	»
130	HOFMEIER (Klein) (Cas I.) (2)	F., 38 ans.	Célibataire; nullipare.	»	*Kyste du parovaire droit. Rétroflexion* utérine *mobile.*	»
131	HOFMEIER (Cas II.) (3)	B., 30 ans.	Célibataire; nullipare.	*Douleurs* vives.	*Kyste de l'ovaire droit* gros comme un œuf de poule. *Rétroflexion* de l'utérus.	Traitement des douleurs pendant 4 mois sans succès.
132	HOFMEIER (Cas III.) (4)	42 ans.	6 enfants; dernier accouchement il y a un an (jumeaux).	»	*Déchirure du périnée* allant jusqu'à l'anus. *Prolapsus des 2 parois vaginales. Hypertrophie du col utérin. Kystes des 2 ovaires. Rétroflexion* utérine.	7 jours avant: *excision cunéiforme des lèvres du col; colporrhaphie antérieure de Fehling. Périnéorrhaphie de Lawson-Tait.*
133	SCHRAMME (Cas VII, VIII, IX.) (5.)	«	»	»	3 *Rétrodéviations utérines.*	»

(1) Nous ne rapportons ici qu'un cas de GUSSEROW, quoiqu'il ait fait *plusieurs* hystér
(2) Ce cas porte le n° V dans la statistique où il est relaté. — (3) Cas n° VI. — (4) Cas
(5) *C.f.Gyn.*, 15 mars 1890. SCHRAMME cite 9 cas en tout; comme nous en avons déjà rap
(6) Très probablement il y a dans ces 3 cas des hystéropexies types; mais, faute de ren
considérer toutes comme des hystéropexies complémentaires.

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
.	»	»	Ventro-fixation.	»	»	»	»	»	»	»	*Hystéropexie complémentaire.* (?)
ie.	1	*Fond* de l'utérus.	*Paroi* abdominale (procédé Léopold). C'est une suture profonde de la plaie traversant l'uterus.	»	»	»	10e *jour* : ablation des sutures de la plaie. 3 *semaines après* : ablation de la suture fixatrice.	*Sortie* : état parfait.	2 *mois après* ; utérus très bien fixé à la paroi abdominale.	»	Ovariotomie droite et *Hystéropexie complémentaire.*
ie.	2	*Fond* de l'utérus.	*Paroi* abdominale (*Id.*)	»	»	»	10e *jour* : ablation des sutures de la plaie ; 25 *jours après* : ablation des 2 sutures fixatives. Pendant les 1ers jours, 3 à 4 mictions spontanées par jour. Quelques douleurs en s'asseyant.	*A la sortie* : les douleurs ont presque totalement disparu. L'utérus est très bien fixé.	2 *mois après* : état général et local parfait, malgré des travaux domestiques pénibles	»	Ovariotomie droite et *Hystéropexie complémentaire.*
ie.	1 de chaque côté = 2	*Ligaments ronds* (origine utérine).	*Paroi* abdominale (procédé Sænger), à quelque distance de la plaie.								
ie.	3	*Fond* de l'utérus.	*Paroi* abdominale (procédé Léopold). (Ce sont 3 sutures profondes de la plaie traversant l'utérus.)	»	Utérus long de 12c. 5	*Ovaire droit* : 5 kystes dermoïdes (fait rare). *Ovaire gauche* : 2 kystes dermoïdes. (?)	»	Sortie au commencement de 1890.	10 *semaines après* : disparition des douleurs.	»	Oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
»	,	Tantôt procédé de Léopold. Tantôt procédé de Czerny.		»	»	»	3 guérisons.	Très bons résultats.	*Revues récemment* : utérus très bien fixés.	»	3 *Hystéropexies.* (?) (6)

mentaires ; mais nous manquons de renseignements précis.

(61 à 64); il en reste 3 que voilà.

précis et pour ne pas introduire d'erreur dans le Tableau II, nous avons préféré le

1	2	3	4	5	6	7
136 à 141	KLOTZ (4e série.) (1)	»	»	»	6 *Rétrodéviations utérines.*	»
142 143	DUDLEY (Cas I et II.) (2)	»	»	»	2 *Rétrodéviations* de l'utérus.	»
144	THIRIAR (Cas II.)(3)	K..., 29 ans.	1 enfant il y a 3 ans.	*Douleurs* abdominales depuis l'accouchement. *Leucorrhée* abondante. Constipation opiniâtre.	*Rétro-versio-flexion fixe* de l'utérus avec *prolapsus.* Ovaro-salpingite droite.	Traitements divers.
145	CUZZI (Cas II.)	C. D., 24 ans.	»	*Douleurs* abdominales depuis 2 ans. Troubles nerveux hystériformes (accès convulsifs). Règles douloureuses.	*Rétroflexion* de l'utérus, très accentuée, avec *déviation à droite.* (Transformation d'une Rétroversion). Ovarite gauche. *Prolapsus de l'ovaire gauche.*	Pessaires mal supportés à diverses reprises Massage et tentatives de réduction.
146	STZATZ (Cas I.) (4)	»	»	»	Kyste de l'ovaire gauche. *Rétroflexion* de l'utérus.	»

(1) *C. f. Gyn.*, 15 mars 1890. KLOTZ cite dans cet article six cas seulement opérés ré[...] que dans ces six cas il y a probablement quelques hystéropexies types.

(2) Faute de renseignements très précis, nous rangeons ces deux cas dans le tablea[...]

(3) Le Cas I de THIRIAR (Bruxelles) se rapporte à un prolapsus utérin pur. (Voir *Biblio*[...]

(4) Nous n'avons pu à Paris, consulter le travail original de STRATZ (de Batavia). C[...]

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	»	Procédé de Léopold.	»	»	»	»	6 guérisons.	Très bons résultats.	»	»	6 *Hystéropexies.* (?)
ie.	«	»	2 ventro-fixations (procédé inconnu).	»	»	»	Formation dans les 2 cas de *fistules* intarrissables, sur le *trajet des* fils. 2 *Laparotomies ultérieures* pour guérir ces fistules.	2 guérisons.	»	»	2 *Hystéropexies complémentaires*, après Salpingo-oophorectomies doubles.
[illegible]	3	Face antérieure du *fond* de l'utérus.	*Paroi abdominale* (procédé de Léopold).	Destruction des adhérences difficile. *Avivement* de la face antérieure de l'utérus par ablation d'une portion du péritoine utérin. Suture de la plaie abdominale à étages.	Adhérences utérines solides.	Ovaire et trompe *gauches* intacts; salpingite kystique à droite. Tumeur de l'ovaire droit. (Carcinome.)	1er *octobre*: Règles. 14 *octobre*: pansement.	*Sortie le 25 octobre*: Guérison.	6 *mois après*: guérison. Utérus parfaitement adhérent à la paroi.	»	Salpingo-oophorectomie droite et *Hystéropexie complémentaire.* (erreur de diagnostic.)
ie.	3	Côté gauche: *Pédicule* de l'ovaire et de la trompe gauches. — Pas de fixation à droite, à dessein.	*Péritoine pariétal* à quelques centimètres de la plaie et une partie de l'épaisseur de la paroi. (Mode Kelly.)	Incision de 8 centimètres. Difficulté pour soulever l'utérus.	»	Ovaire gauche augmenté de volume.	Guérison très rapide.	31 *décembre* 1889: utérus bien fixé; plus de douleurs. 10 *janvier* 1890: va bien.	»	»	Salpingo-oophorectomie gauche et *Hystéropexie complémentaire unilatérale.*
.	»	*Pédicule de l'ovaire gauche.*	*Plaie* de la *paroi* abdominale.	Pédicule extra-péritonéal.	»	Kyste s'engageant dans le ligament large gauche	Guérison.	»	»	»	Ovariotomie gauche et *Hystéropexie complémentaire.*

…l a fait bien d'autres hystéropexies! Même remarque que pour Schramme; nous pensons
…s'agirait bien d'opérations complémentaires, d'après le *New-York medical Journal*.
…pendice.)
…st extrait du *C. f. Gyn.*, qui a publié l'analyse de ce cas.

1	2	3	4	5	6	7
147 à 151	EDEBOHLDS (Cas I, II, III, IV, V.) (1)	»	»	»	5 *Rétrodéviations* de l'utérus.	»
152 153	TERRILLON (Cas I et II) (2)	»	»	»	2 *Rétrodéviations de l'utérus.*	»
154	MANGAIGALLI (Cas I.) (4).	Fo.., 42 ans.	Vierge.	*Douleurs* vagues dans le ventre. Bassin rétréci. (Rachitisme.)	*Fibrome interstitiel de l'utérus. Rétroflexion et rétroversion* utérine. Utérus gros. 11 centimètres. (Hypertrophie du col.)	2 réductions pendant narcose et pessaires. Echecs.
155	DEBRUNNER (Cas I.)	32 ans.	Non mariée.	Femme hystérique.	*Utérus* très solidement *fixé* dans le cul-de-sac de Douglas. *Rétroversion* (?) adhérente. Dégénérescence kystique des ovaires.	»
156	DEBRUNNER (Cas II.) (5).	30 ans.	»	»	*Rétroflexion* mobile de l'utérus. Kyste de l'ovaire. (?)	»
157	TERRIER (Cas V.) (Inédit.)	S..., 28 ans.	»	*Douleurs* dans l'abdomen. Ecoulement purulent par le vagin. Etat général mauvais.	*Salpingite* à gauche. Lésions des annexes probables à droite.	»

(1) Voyez *Medical Record*, 1er février 1890, p. 136. (Pas de détails. Nous supposons qu

(2) M. TERRILLON aurait fait aussi deux hystéropexies (*Leç. de Clin. chir.*, p. 109); m

(3) Nous ne savons de quelle variété il s'agit.

(4) Cité par DECIO (1890). *Loc. cit.*, p. 384 et 407.

(5) Le Cas III de Debrunner se rapporte à un prolapsus utérin.

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
,	»	»	»	»	»	»	5 guérisons.	»	»	»	5 *Hystéropexies complémentaires* (?).
»	»	»	»	»	»	»	2 guérisons.	»	»	»	2 *Hystéropexies.* (3)
»	»	Hystéropexie par le procédé de Léopold.		»	2 petits fibromes sous-péritonéaux.	Dégénérescence kystique des ovaires.	Guérison. Sutures fixatrices de l'utérus enlevées le 15 novembre.	27 *décembre* 1889 :	*Mars* 90 : Utérus bien placé. 4 *Mai* 1890 : Bon résultat. Utérus fixé.	»	Myomotomie sous-péritonéale; ablation des annexes et *Hystéropexie complémentaire.*
Catgut chromique (fort).	2	*Fond* de l'utérus. Procédé de Czerny.	*Bords* de la *plaie* abdominale.	Pas d'hémorrhagies.	Adhérences solides de l'utérus.	»	Guérison sans incident.	»	7 *mois après :* Utérus très bien fixé.	»	Salpingo-oophorectomie double et *Hystéropexie complémentaire.*
Catgut chromique.	2	Procédé de Czerny.		»	»	»	Guérison sans incidents.	»	3 *mois et demi après :* utérus bien fixé.	»	Ovariotomie et *Hystéropexie complémentaire.*
Soie.	1	*Fond* de l'utérus.	*Bords* de la *plaie* abdominale.	Après l'opération : *utérus flottant dans l'abdomen* par destruction partielle des ligaments larges.	Utérus gros, en *battant de cloche.*	*Ligaments larges* malades détruits en partie au cours de l'opération.	Un *abcès* au niveau du point de suture fixateur qui est éliminé (infection.)	Va bien.	»	»	Salpingo-oophorectomie et *Hystéropexie complémentaire* pour *Utérus flottant.*

…éropexies complémentaires, sans le savoir réellement.
…ns pas pu nous procurer ces deux observations.

T

HYSTÉROPEXIES *(UTÉRO-FIXATIONS)* A

RÉTRODÉ

NUMÉROS D'ORDRE	OPÉRATEURS	*Histoire de la Maladie.*				TRAITEMENTS ANTÉRIEURS
		Nom. — Age.	Grossesses antérieures.	SYMPTOMES PRINCIPAUX	*Diagnostic.*	
1	2	3	4	5	6	7
1	KŒBERLÉ (1)	Mme la comtesse B..., 22 ans.	Mariée.	*Douleurs* pelviennes depuis 7 mois. Constipation opiniâtre ; accidents hystériformes. Mélancolie.	*Rétroversion irréductible de l'utérus.* — *Accidents d'occlusion intestinale subaiguë.*	Très variés (médicaux). Redressement de l'utérus sans succès.
2	KLOTZ (1re série.) (Cas I, II, III.) (2)	»	»	»	*Rétroflexion. de l'utérus.*	»
3		»	»	»	*Rétroflexion. de l'utérus.*	»
4		»	»	»	*Rétroflexion. de l'utérus.*	»

(1) Placé à dessein dans ce tableau, malgré une Salpingo-oophorectomie gauche (V

(2) D'après ses deux premiers articles et le résumé de sa pratique, citée par SÆNGER d

…U II

…ALES ANTÉRIEURES **PRIMITIVES** *(TYPES)*

… UTÉRINES

…ure de l'Opération (Procédés divers).					État des organes génitaux internes au moment de la Laparotomie.		Résultats opératoires et thérapeutiques				REMARQUES
	Intervention sur l'Utérus (Fixation).						R. Opératoires.		R. Thérapeutiques.		
Fils		Points réunis									
Nature.	Nombre.	Utérus et annexes.	Paroi abdominale antérieure.	Particularités de l'opération.	Utérus.	Annexes.	Suites immédiates. Complications.	État à la sortie.	État pendant les 10 premiers mois.	Résultats éloignés (de 10 mois à plusieurs années après l'opération).	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Tige d'acier. — Contact simple.	1 à gauche.	*Pédicule* de l'ovaire et de la trompe gauches.	Angle inférieur de l'*incision* abdominale.	Pédicule extra-péritonéal après ovariotomie. — Redressement difficile.	Enclavement du corps de l'utérus par des scybales rectales. Un peu d'hypertrophie.	Saines	Aucun accident. — Pas de fièvre. — Cicatrisation complète le 24e jour	Guérison parfaite.	Utérus bien maintenu. Menstruation normale	*Pendant 4 ans* : très bon état. 1873 : Hystérie. — Pas trace d'éventration. Pas de rétroversion. Pas de prolapsns. 1875 : Utérus resté fixé à la paroi ventrale.	*Hystéropexie de propos délibéré* avec oophorectomie supplémentaire à gauche.
»	»	*Fond* de l'utérus ou cornes utérines.	*Paroi abdominale.*	Pas de précision : sutures soit du fond de l'utérns soit des cornes. Fixation insuffisante à la paroi abdominale	Utérus adhérent.	»	*Douleurs* vives, contraignant d'enlever les sutures.	Insuccès, avec *hernie* dans l'angle inférieur de la plaie (2 cas). 1 insuccès sans hernie (1 cas).	»	Trois *insuccès* complets. — 2 mauvaises fixations : une fixation manquée.	Trois *Hystéropexies simples*, non complémentaires, après des laparotomies.
»	»	*Idem.*	*Idem.*		*Idem.*	»	*Douleurs* vives et sutures cnlevées.				
»	»	*Idem.*	*Idem.*		»	»	Le fil coupe les tissus. Utérus retombé en arrière.				

…).

…oire principal.

1	2	3	4	5	6	7	
5	Léopold. (Cas I.)	Mme L. V..., 33 ans.	Mariée depuis 8 ans. — Trois accouchements (1879, 80, 82), normaux.	*Douleurs* des reins et dans le bas-ventre depuis 5 ans, continues, très vives. *Ménorrhagies* à diverses reprises. Quinze séjours au lit.	*Rétroflexion* de l'utérus *bien mobile*. — Ovarite et salpingite chronique à gauche.	Traitement par divers pessaires, qui sont devenus insupportables.	27 ve 18
6	Sænger (Cas VI.) (1)	Mlle Ol..., 26 ans.	»	*Douleurs* pelviennes vives, surtout lors de la menstruation, continues; impossibilité de travailler. *Hystérie* et phénomènes psychopathiques. *Masturbation*. *Métrorrhagies*. Mélancolie. Tentatives de suicide.	*Rétroflexion* de l'utérus *mobile*. Hypertrophie notable de l'utérus.	Divers pessaires sans résultat. Opérations proposées à diverses reprises: castration ou hystérectomie totale. — Pessaires de Thomas et de Hodge.	4 ce 1

(1) Kelly le résume sous le nom de 3e Cas de Sænger, dans son 2e travail erreur, car dans ce cas Sænger n'a pas enlevé les annexes. On n'a d'ailleurs qu Leipzig pendant l'été de 1887, pour voir que les annexes n'ont pas été extirpées.

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Fils de soie.	3 superposés.	*Face antérieure* du *fond* de l'utérus.	*Paroi abdominale* (loin de la plaie.)	Utérus amené facilement au niveau de la plaie. — *Grattage* au bistouri du péritoine recouvrant le fond de l'utérus pour assurer une adhérence plus intime.		Trompes et ovaires *sains* des deux côtés.	4 *Décembre* : enlèvement des sutures de la plaie. 8 *Décembre :* enlèvement des sutures fixatrices. — Rien du côté de la vessie.	19 *Décembre :* Utérus en antéflexion, solidement uni aux téguments de l'abdomen, à 4 centimètres au-dessus du pubis. Col mobile. Ovaires non douloureux. Douleurs disparues. Etat général bon.	»	» Revue *un an après* : (novembre 1887) 1 *an* 3 *mois* (février 1887) : Utérus toujours en antéflexion bien soudé à la paroi, bien mobile. pas de troubles vésicaux ni autres. Menstruation normale. Pas de douleurs locales. Bon état général.	*Hystéropexie.* (Type).
Crin de Florence.	3 de chaque côté.	*Origine* des *ligaments ronds* (feuillet antérieur du ligament large) des 2 côtés.	*Paroi abdominale* (niveau des muscles droits) à 2 centimètres en dehors de la plaie.	Il fallut un certain effort pour maintenir l'utérus élevé pendant la fixation. — Une petite *fente* de chaque côté de l'*utérus*. Un pessaire dans le vagin ensuite.	»	»	*Premiers jours* : douleurs vives cathétérisme nécessaire pendant 8 jours. Pas de ténesme vésical. — Enlèvement du pessaire 3 semaines après.	Disparition des douleurs peu à peu. Menstruation non douloureuse et moins abondante.	*Après* 3 *mois :* antéversion de l'utérus qui est petit, bien mobile. Santé florissante ; mais système nerveux encore un peu ébranlé. Plus de douleurs locales. Plus de pessaire. Calme génital.	»	*Hystéropexie.* (Type).

le titre de *Ventro-fixation de l'Utérus*, *Salpingo-oophorectomie*. — Ce titre induit en
rvation traduite par Kelly lui-même, ou plutôt rédigée d'après les notes prises par lui à

1	2	3	4	5	6	7	
7 / 21	KLOTZ (3e série) (14 cas.) (1)	»	»	»	14 *Rétroflexions* utérines *fixes.*	»	18 18
22	SÆNGER (Cas VII.)	»	»	*Douleurs* continues. — Incapacité de travail.	*Rétroflexion* de l'utérus *mobile.* Métrite chronique. Hypertrophie utérine. (Utérus facilement antéverti, mais retombant de suite.)	Pessaire pendant 1 an sans succès. *Opération d'Alquié - Alexander*, à droite seulement (8 c.) en juin 1887, impossible à gauche. — Pessaire de Thomas. Récidive. Pessaires à nouveau, sans résultat.	I 18
23	ZWEIFEL (Cas I.) (2)	Sch.	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus.	Pessaires. — Accidents dus aux pessaires.	

(1) Voir le Tableau I pour la 2e série et pour les *drains-supports.*
(2) D'après KELLY. (Lettre de ZWEIFEL à ce chirurgien.)

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
.	»	Trompes ou cornes utérines (14 cas).	*Plaie* abdominale.	Destruction complète des adhérences périutérines et de celles des annexes (*Méthode des drains supports* (1).	»	»	»	14 guérisons opératoires aseptiques.	12 guérisons thérapeutiques. *Au 4e mois :* chez 2 malades *reproduction de la rétroflexion* (utérus retombé.) Un pessaire maintient la rétroflexion	Ces 14 malades sont suivies et vues tous les mois : *Chez* 12 : utérus mobile indolore ; pas de troubles vésicaux. Pas de hernie.	*Hystéropexie* (type) avec *drainage spécial.* (*Etançonnage retro-utérin*, d'après *Roux*.)
Crin de Florence.	3 de chaque côté.	*Origine des ligaments ronds des 2 côtés et ligaments larges* (feuillet antérieur.)	*Paroi abdominale antérieure.*	Nécessité de faire une *grande incision* abdominale pour détruire les adhérences utérines. — Petite *fente* persistant entre l'utérus et la vessie. *Pessaire de Hodge* dans le vagin provisoirement.	Fond de l'utérus très adhérent aux anses intestinales ; adhérences difficiles à déchirer.	»	Pas de réaction. — Pessaire enlevé 2 jours avant la sortie.	3 *janvier* 1888 : Utérus soudé et comme suspendu à la paroi abdominale, très petit, très mobile ; fond de l'utérus visible à travers la paroi. — Douleurs disparues.	(Observation publiée en janvier 1888). Malade présentée à la *Société de Gyn. de Leipzig* le 21 *février* 1888 ; et au *Congrès des Gynes allemands à Halle* le 24 *mai* 1888.	*Juin* 1889 : Actuellement enceinte et au 4e *mois* de la *grossesse*. Au *début douleurs* au point de fixation. Ecoulement sanguinolent jusqu'à la 2me semaine. L'utérus reste très bien fixé en avant à la paroi abdominale. (Con de Sænger au *Congrès de Fribourg*.)	*Hystéropexie.* (Type). — *Grossesse.*
Crin de Florence.	2	»	*Plaie abdominale* (au-dessus de la symphyse et de chaque côté).	»	»	»	Pas d'accidents.	3 *semaines après* : guérison.	»	»	*Hystéropexie pure.* (Type).

1	2	3	4	5	6	7	
24	ZWEIFEL (Cas III.)	H.	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus adhérent.	»	
25	ZWEIFEL (Cas IV.)	R. K., 35 ans.	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus.	»	
26	SCHAUTA (Cas I.)	J. B. T., 36 ans,	Mariée. Nullipare.	»	*Rétroflexion* de l'utérus.	Massage, pessaires.	4 1
27	LÉE (Cas I.)	«	»	*Douleurs* constantes. *Dysménorrhée.*	Rectocèle ; déchirure du périnée. *Rétroflexion* utérine.	Traitement vaginal insuffisant.	22
28	SÆNGER (Cas VIII.) (1)	»	»	*Douleurs* extrêmement vives.	*Rétroflexion* très accentuée *mobile* de l'utérus.	Traitement habituel sans résultat. (Pessaires, etc.)	fe 1

1) Voir Tableau I, la note des cas nos 95 et 96. SÆNGER aurait fait cinq hystéropexies ty

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Crin de Florence.	2	»	*Plaie abdominale* (même endroit).	»	»	»	Pas d'accidents.	Guérison complète.	»	»	*Hystéropexie*. (Type.)
Crin de Florence.	2	»	*Plaie abdominale* (au-dessus de la symphyse et de chaque côté.)	»	»	»	Pas d'accidents.	Guérison opératoire : Pas de troubles pelviens ; mais *accidents généraux et aliénation.*	»	»	*Hystéropexie de parti-pris.* (Type.)
Fil de soie.	2 de chaque côté.	*Ligaments ronds* (origine et partie supérieure des ligaments larges).	*Muscle* grand droit de l'abdomen et *péritoine* pariétal.	»	»	»	»	*Sortie le 27 février :* Utérus bien placé Guérison.	»	»	*Hystéropexie de parti-pris.* (Type.)
Crin de Florence.	»	*Cornes utérines* et extrémités des ligaments larges.	*Paroi abdominale.*	»	»	»	Guérison sans accident.	»	*Malade revue :* Utérus bien en place. Bon état.	»	*Hystéropexie*. (Type.)
«	»	Voir plus haut : procédé déjà décrit.	»	»	»	»	»	»	24 *mai* 1888 : Utérus très-bien soudé à la paroi abdominale. Etat général très bon. Pas de douleurs Encore des traces de l'ancienne rétroversion.	»	*Hystéropexie de parti-pris.* (Type.)

1	2	3	4	5	6	7	
29	Terrier (Cas I.) (1)	H D., 29 ans.	»	*Douleurs* intenses.	*Salpingite.* (En réalité chute de l'ovaire dans le cul-de-sac de Douglas et *rétroflexion* de l'utérus.)	Pessaires.	1 1
30	Schauta (Cas III.)	K. M., 38 ans.	»	*Douleurs* vives. Menstruation irrégulière.	Paramétrite. *Rétroflexion* utérine *mobile.* Augmentation de l'utérus.	Massages, pessaires de Hodge et de Thomas. Insuccès.	
31	Schauta (Cas IV.)	Sch., A., 32 ans.	4 enfants.	*Douleurs* violentes.	*Rétroflexion* de l'utérus un peu *fixé.* Empâtement des culs-de-sac.	Tentatives de redressement faites sans succès. Massages, pessaires de Hodge. Insuccès.	2:
32	Lée (Cas III.)	B. K., 24 ans.	Célibataire.	*Dysménorrhée.*	Peritonite ancienne. *Rétroflexion* avec *fixation* de l'utérus. Prolapsus des ovaires.	Pessaires insupportables.	1
33	Lée (Cas IV.)	A. K., 29 ans.	Mariée. — Nullipare.	*Douleurs* permanentes.	*Rétroflexion de l'utérus fixé.* Péritonite ancienne.	»	
34	Lée (Cas V.)	A..., M..., 37 ans.	Mariée depuis 11 ans. — 1 enfant.	Malade depuis 10 ans. Poussées de péritonite.	*Utérus rétrofléchi.* Ovaires prolabés, très développés.	Traitement ordinaire sans succès.	2

(1) Observation *personnelle*, publiée par M. Terrier dans les *Bulletins de la Sociét*

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Catgut.	1	*Face antérieure* Fond utérin (1 cent. du fond.)	*Paroi abdominale.* (Péritoine, fascia et *muscles*) aux bords de la plaie.	Opération difficile. Durée : 30 minutes.	»	Annexes saines.	Pas de troubles vésicaux. — Pas d'accidents post-opératoires.	»	*Décembre* 1888 *:* Suture solide ; utérus en antéversion. Quelques douleurs dans les reins.	*Novembre* 1889 : Utérus encore en place. Va bien.	*Hystéropexie.* (Type.) Erreur de diagnostic; on croyait à une salpingite.
Soie.	2 de chaque côté.	(Comme dans le cas I.)	(Comme dans le cas I.)	Destruction difficile des fausses membranes.	Adhérences de l'utérus avec le rectum.	»	Guérison sans incidents.	»	»	»	*Hystéropexie de parti-pris.* (Type.)
Soie.	2 de chaque côté.	(Comme dans le cas I.)	(Comme dans le cas I.)	Durée de l'opération : 25 minutes.	»	»	»	*Sortie le 20 mai :* Guérison sans incidents.	»	»	*Hystéropexie de parti pris.* (Type.)
Crin de Florence.	»	*Ligaments larges ; (un seul est fixé)* : l'autre est impossible à fixer.)	»	Opération très difficile. Drainage.	»	Annexes à peine malades, presque saines.	Guérison rapide.	»	*Quelques mois après:* l'utérus se dévie *latéralement* à cause de l'unique suture.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Crin de Florence.	»	*Extrémité utérine* des 2 ligaments larges.	*Péritoine* pariétal.	»	»	»	»	Guérison rapide sans incidents. Utérus bien fixé. Pessaire après.	»	*Eté* 1889 (*lan*): Pessaire inutile, utérus bien en place. Bon état.	*Hystéropexie.* (Type.)
Soie.	1	*Ligaments larges.*	»	»	»	»	Convalescence sans accident.	*4 semaines:* Sortie.	*Quelques mois après:* va très bien.	»	*Hystéropexie.* (Type.)

1	2	3	4	5	6	7	
35	LÉOPOLD (Cas VII.)	A. H., 31 ans.	4 accouchements. — Pelvipéritonite au 4me.	*Douleurs* locales continues, surtout à gauche. *Douleurs* généralisées. Irradiations névralgiques. Constipation. Anémie. *Névralgies* des nerfs du bassin.	Métrite chronique. *Rétroflexion mobile* utérine (pure). Exsudat ancien du côté gauche. Ovarite gauche.	Bains, pansements.	j 1
36	SPAETH (Cas VII.)	W., 48 ans.	8 enfants. — 2 accouchements suivis d'accidents fébriles.	*Douleurs* violentes depuis 7 ans. Incapacité de travail.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Périmétrite chronique.	»	o(1
37	LÉE (Cas VI.)	L. S., 27 ans.	Célibataire.	Malade depuis 6 mois. *Dysménorrhée. Ménorrhagies.*	*Rétroversion* de l'utérus. *Prolapsus des annexes* avant l'opération de 1886. Ovarite.	*Salpingo-oophorectomie double* (antérieure) le 4 novembre 1886.	o(1

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Soie.	3	*Fond* de l'utérus.	*Bords* de la plaie de la paroi abdominale (à une certaine distance.)	Fermeture de la plaie abdominale en bas avant de faire la ventrofixation. *Grattage* du fond de l'utérus.	Pas d'adhérences péri-utérines.	Ovaire gauche tuméfié, mais sain. Raccourcissement du ligament large gauche.	Fils fixateurs enlevés le 6e jour. Convalescence parfaite.	Sortie le 9 août.	*2 mois après* (octobre 1888.) : Névralgies persistantes, mais atténuées, et utérus en place. *4 mois après:* Amélioration très notable. Utérus bien fixé. *4 mois et demi après:* Guérison complète.	»	*Hystéropexie*. (Type.)
Catgut chronique.	2 de chaque côté.	Une sur *ligament rond*. Une sur *ligament large*.	*Paroi antérieure* de *l'abdomen*.	»	»	»	»	Guérison.	»	*Septembre 1889:* Travail possible. Utérus bien fixé. Etat général bon.	*Hystéropexie*. (Type).
Soie fine.	2 de chaque côté.	*Fond* de l'utérus.	*Paroi* abdominale.	Destruction d'adhérences très épaisses.	Adhérences.	Annexes déjà enlevées.	Convalescence rapide. Un *abcès*.	*Quelques semaines après:* Utérus en place. Douleur à gauche.	»	»	Annexes déjà enlevées. *Hystéropexie*. (Type.)

1	2	3	4	5	6	7	
38	Strong (Cas I.)	E. E., 34 ans.	»	*Douleurs* vives.	*Rétroflexion* de l'utérus *adhérent*. Prolapsus des annexes.	Pessaires depuis longtemps, aujourd'hui impossibles à supporter. Tentative vaine de redressement de l'utérus.	I 1
39	Lucas-Championnière. (Cas I.) (1)	D. M..., 30 ans.	Trois accouchements. — Une fausse couche.	*Douleurs* au moment des Règles. — Pesanteur dans le petit bassin. — Marche difficile.	*Rétroversion* utérine *adhérente*. — Utérus gros.	»	2 v
40	Strong (Cas II.)	E. S..., 33 ans.	»	*Douleurs* au toucher. — Incapacité de marcher, etc.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Périnée transformé en une masse cicatricielle. (Anciennes fistules à l'anus opérées.)	Pendant les 8 derniers mois, deux tentatives de redressement de l'utérus sous le chloroforme. Succès partiel. Pessaire supporté, puis à nouveau douleurs.	c

(1) Voir cette observation, *in extenso* plus loin, car elle est *inédite*.
(2) Un seul fil d'un seul côté, et sur le ligament large.

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Catgut.	2	*Fond* de l'utérus.	Angle inférieur de la *plaie* abdominale à travers la paroi.	La main d'un aide dut être *introduite dans le vagin* pour soulever l'utérus. *Grattage du fond de l'utérus et du péritoine pariétal* jusqu'à hémorrhagie.	Adhérences au rectum.	Annexes saines.	Guérison.	»	*7 mois après* (4 juin 1889) : Utérus en antéversion. Rien dans le cul-de-sac de Douglas. Annexes bl si-maes, is en place. Etat général amélioré. *9 mois après :* Utérus toujours bien fixé.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Catgut.	3	*Fond* de l'utérus.	*Bords* de la *plaie* abdominale.	»	Utérus difficile à libérer.	»	Rien de vésical.	»	1 *mois et demi après :* utérus bien en place.	1 *an après :* utérus bien en place.	*Hystéropexie.* (Type.)
Soie.	1 (2)	*Ligament large* (très en dehors du fond de l'utérus).	*Paroi abdominale.*	Emploi d'un *élévateur* utérin pour soulever l'utérus. Difficulté de le redresser à cause du raccourcissement des ligaments larges. *Ligature* en masses d'un de ces ligaments contre *l'hémorrhagie.*	Adhérences très fortes au rectum et aux intestins.	Epaississement et *raccourcissement des ligaments larges* (Inflammation chronique.) Ovaire et trompes sains.	*Abcès profond; Fistule stercorale.* L'utérus retombe bientôt en arrière. Guérison de la fistule au bout de 3 mois.	»	3 *mois après :* Echec partiel. Douleurs disparues ; état général très amélioré, marche possible mais *utérus retombé* en rétroversion légère.	»	*Hystéropexie.* (Type.) (Incomplète.)

1	2	3	4	5	6	7	
41	Picqué (Cas II.) (1)	M. C..., 42 ans.	Un accouchement à 31 ans.	*Ménorrhagies. Douleurs* lombaires et inguinales. *Mictions* fréquentes. Leucorrhée. — Constipation.	*Rétroflexion* utérine *fixe*, irréductible. — Rien dans les annexes.	»	1(ce 1:
42	Lucas-Championnière (Cas II.) (2)	B. M..., 28 ans.	»	*Douleurs* depuis 2 mois. — Station debout impossible.	*Rétroflexion* utérine. — Utérus gros.	»	10 ce 1
43	Picqué (Cas III.)	S. H..., 36 ans.	Pas de grossesse.	*Douleurs* aiguës à l'hypogastre. *Mictions* fréquentes. — Urines normales.	*Rétroflexion* prononcée de l'utérus *fixé*. — Tuméfaction dans le cul-de-sac gauche.	»	2 ce 1
44	Picqué (Cas IV.)	D..., 28 ans.	Une grossesse.	*Leucorrhée. Douleurs* lombaires irradiées vives. — Constipation.	Endométrite. *Rétroflexion* adhérente prononcée, *fixe*. — Léger prolapsus utérin ; cystocèle.	Scarifications sur le col. *Amputation du col* le 25 décembre 1888 avec *curetage utérin* et *colporrhaphie antérieure*.	Fi ce 1
45	Lucas-Championnière (Cas III). (3)	M. F..., 28 ans.	»	*Douleurs* périutérines très prononcées.	*Rétroversion* utérine adhérente. Salpingo-ovarite probable.	»	D de

(1) Cette observation de M. Picqué, de même que celles qui suivent, ont été publiées d:

(2) Voir cette observation *in extenso* plus loin (*inédite*).

(3) Observation *inédite* relatée plus loin.

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Catgut gros.	»	Procédé décrit (voir Manuel opératoire.)	»	Rupture des adhérences difficiles. *Incision* de 2 à 3 centimètres seulement pour la laparotomie.	Adhérences utérines solides.	»	Pas d'accidents.	13 *janvier* 1889: l'utérus a *repris sa position vicieuse* (malade qui se leva le 6ᵉ jour) (rétrodéviation *adhérente* devenue *réductible*.) Douleurs disparues, comme les métrorrhagies.	*Février* 1889 : Le résultat obtenu persiste. Bon état général et local.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Catgut.	4	Procédé Terrier.	»	»	»	»	»	»	1 *mois et demi après :* Utérus bien en place. 6 *mois après :* Fixation parfaite; douleurs à gauche.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Catgut.	«	(Voir Cas II, Tableau II.)	»	Adhérences difficiles à rompre.	Adhérences périutérines.	Trompe gauche noueuse et rouge.	*Infection* légère de la plaie. Désunion des lèvres. Quelques incidents sans importance.	31 *janvier* 1889: utérus bien fixé. Etat général bon.	24 *mars* utérus bien en place.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Catgut.	»	d°	»	»	Utérus non difficile à libérer.	»	Suites opératoires simples. Rien de vésical. Cependant un peu de *suppuration* à l'angle inférieur de la plaie.	»	3 *mois et demi après :* (15 mars 1889). Douleurs disparues ; utérus bien en place.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Catgut.	2 fils doubles, 1 fil simple, 1 fil vertical double sur le fond.	*Fond* de l'utérus.	Lèvres (*bords de la plaie*) de la *paroi* abdominale.	»	Utérus adhérent et complètement rétroversé.	Annexes saines.	»	»	18 *juin* 1889 : utérus bien fixe; pas de douleurs.	*Janvier* 1890 ; utérus fixé.	*Hystéropexie.* (Type.)

r M. RACOVICEANU, p. 121 et suivantes.

1	2	3	4	5	6	7
46	Spaeth (Cas XI.)	Hlwg.., 28 ans.	Accouchement difficile il y a 5 ans. — 4 fausses couches.	*Douleurs* depuis 5 ans.	Périmétrite chronique. — *Rétroflexion* de l'utérus *fixé*.	Massage et pessaires, sans succès — Ce traitement aggrave l'état de la malade.
47	Bazy (Inédite.)	Dnn., Marie, 32 ans.	Fausse couche à 8 mois, en 1885.	*Douleurs* dans le ventre depuis 1885, vives depuis août 1888. *Métrorrhagies* assez fréquentes. Pas de troubles dans la miction.	*Rétroversion* et *rétroflexion* légère de l'*utérus*, *adhérent* à peine.	Traitements réitérés dans les hôpitaux.
48	Byford (Cas II) (1)	S. N..., 28 ans.	»	*Douleur* lombaire surtout à gauche. Travail impossible. Etat mental mauvais.	*Rétroversion de* l'utérus. *Prolapsus de l'ovaire gauche sain* (non diagnostiqué).	*Oophorectomie vaginale droite* le 15 août 1888 pour une tumeur de l'ovaire droit (ovaire gauche sain alors) et tamponnement vaginal contre la rétroversion. Pas de résultat.

[1] Voir *North am. Pract.*, j. 1890. Peut-être ce cas est-il le même que celui cité par F

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	»	Procédé de Léopold.	»	»	»	»	»	Bon état à la sortie.	N'a pas été revue. Résultat favorable très probable.		*Hystéropexie.* (Type.)
Crin de Florence.	1 de chaque côté.	Origine des ligaments ronds.	*Lèvres* de la *plaie* abdominale.	Les fils placés sur la face antérieure de l'utérus ont leurs 2 extrémités gauche et droite successivement liés ensemble. *Sutures inclusives.*	Utérus à peine adhérent.	»	Quelques vomissements au début. Réunion immédiate.	30 *janvier :* l'utérus est appliqué contre la paroi; pas la moindre douleur. Miction normale. Pas le moindre trouble vésical.	25 *juin* 1889 : Utérus bien placé; depuis un mois quelques douleurs très légères le long de l'utérus. Cicatrice solide.	*Janvier* 1890 : Utérus en bonne position. Pas de douleurs.	*Hystéropexie.* (Type.)
	2 superposés.	Paroi antérieure de l'utérus.									
Soie tressée n° 10.	1	*Ancien pédicule de l'ovaire droit* enlevé.	*Péritoine* et *fascia* à droite du pubis.	»	»	Prolapsus de l'ovaire gauche paraissant sain.	Guérison. Règles.	4e *semaine* (sortie) : Utérus bien fixé en avant. Un pessaire.	3 *mois après :* Douleurs vives à gauche, travail impossible. Utérus bien fixé. Ovaire gauche bien redressé. *Salpingo-oophorectomie sus-pubienne inguinale* le 13 mai 1889 : *Ligament large très bien fixé.* (Ovaire et trompe malades.) Suppuration pendant plus de 5 mois.	»	Oophorectomie droite. *Hystéropexie.* (Type). Salpingo-oophorectomie gauche. — Constatation sur le vivant de la fixation du ligament large.
	1	*Ligament large gauche, y compris le ligament rond.*	*Péritoine* du côté gauche.								

Byford, Cas I, T. I, N° 36); mais nous ne le croyons pas, vu la date du mém. de Fraipont.

1	2	3	4	5	6	7	
49	SPAETH (Cas XII.)	Sphr., 44 ans.	Mariée depuis 20 ans. 2 enfants vivants. 4 Fausses couches.	*Douleurs* depuis le dernier avortement (8 ans.)	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Périmétrite chronique.	Massage et pessaires impuissants.	81
50	PICQUÉ (Cas V.)	M. C., 36 ans.	»	*Douleurs* vives. *Ménorrhagies*.	Endométrite. — *Rétroversion adhérente* de l'utérus.	30 janvier 1888 : *Curetage*. Injections de perchlorure de fer dans la cavité utérine.	fe I
51	SLAVJANSKI. (Cas I.)	»	»	*Douleurs* violentes de la région lombaire droite (tiraillements sur l'uretère par l'utérus; et *Hydronéphrose* au début).	*Rétroflexion* de l'utérus.	*Castration* antérieure pour guérir une paramétrite latérale.	N I
52	POZZI (Cas I.) (Inédite.)	Maria Jl..., 36 ans.	Vierge.	*Douleurs* abdominales depuis 4 ans, avec irradiations diverses. *Leucorrhée*. Pas de métrorrhagies. Douleur vive à gauche.	*Rétroversion* de l'utérus *adhérent* (adhérences solides) et *irréductible*. Endométrite intense. Annexes saines.	Il y a 18 mois : *Opération d'Alexander*, *curetage utérin et amputation du col* par M. Doléris. Il y a 6 mois : *Restauration du col*, par M. Doléris. Pas d'amélioration.	18 18

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	»	»	Procédé de Czerny.	»	»	»	Guérison. 3 *semaines après : Colpopérinéorrhapie* de Lawson-Tait.	»	9 *mai* 1889 : très bon résultat. *Août* 1889 (7 mois après) : utérus très bien en place. Bon état.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
	7 : 6 latéraux (1 de chaque côté). 1 inférieur.	*Cornes utérines.*	Moitié inférieure de la *plaie* abdominale.	*Amputation du col.* Incision abdominale de 4 centimètres. Durée de 20 minutes.	Adhérences.	»	6 *mars* : *Cystite.* La malade a été sondée après l'opération pendant plusieurs jours. (*Infection par la sonde*). 18 *mars* : la cystite est presque guérie.	28 *mars* : Utérus bien fixé. Un peu de cystite : un peu de pyélonéphrite encore.	»	»	*Amputation du col* et *Hystéropexie.* (Type.)
	2	Procédé de Léopold.	»	»	»	Annexes enlevées.	»	Succès brillant, très rapide : et disparition des douleurs.	»	»	Annexes déjà enlevées. *Hystéropexie.* (Type.)
	Surjet (en tout 6 anses).	*Face antérieure* et *fond* de l'utérus.	*Lèvres* de la *plaie* abdominale.	On commence par le *curetage utérin.* Adhérences faciles à détruire ; *hémorrhagie* très légère.	Utérus grêle.	Petit kyste dans le ligament large gauche il est enlevé : annexes saines.	Pas de troubles vésicaux. Les douleurs disparaissent de suite. *Règles* sans douleurs.	31 *mai* : plus de douleurs ; utérus bien fixé, mais il semble qu'il se *soit incurvé* de façon à présenter une concavité antérieure.	»	»	Curetage de l'utérus et *Hystéropexie.* (Type.) (Ablation d'un petit kyste du ligament large.)

1	2	3	4	5	6	7	
53	Cushier (Cas I.)	A. M., 25 ans.	»	*Douleurs* de tête. *Ménorrhagies.*	*Rétroversion adhérente* de l'utérus.	*Ovariotomie double* le 13 février 1889. Persistance des accidents.	2
54	Spaeth (Cas XV.)	Frdr., 36 ans.	1 enfant il y a 5 ans.	*Douleurs* lombaires.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé.* Paramétrite chronique, atrophique, droite postérieure.	Traitée depuis le 5 septembre 1888 par les pessaires et le massage ; sans succès.	2
55	Olshausen (Cas IV.) (1)	»	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus.	»	1
56	Pozzi (Cas II. (Inédite.)	Marguerite Ddr., 27 ans.	Pas de grossesse.	Leucorrhée il y a 6 ans. *Douleurs* depuis 1885 (probablement infection blennorrhagique) dans le ventre avec irradiations. Un peu de leucorrhée. Pas de métrorrhagies.	*Rétroversio-flexion* de l'utérus absolument *irréductible.* Annexes saines.		
57	Strong (Cas III). (2)	X...,	»	»	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé.* Augmentation de volume de l'utérus.	Fistules à l'anus graves opérées.	

(1) Olshausen ne précise pas et ne dit pas s'il s'agit là d'un cas d'hystéropexie ty

(2) Cas brièvement cité par Strong et ne lui appartenant pas ; il a vu seulement l'o

0	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Soie.	2	*Fond* de l'utérus (procédé de Léopold.)	*Paroi abdominale* antérieure.	Sonde dans la vessie pendant l'opération pour faciliter la destruction des adhérences utéro-vésicales.	Adhérences utéro-vésicales.	Annexes déjà enlevées.	Douleurs calmées par une application de glace.	19 *mai :* l'opérée se lève. Elle se trouve très bien.	»	»	Annexes déjà enlevées. *Hystéropexie.* (Type.)
»	»	Procédé de Czerny.	»	»	»	»	»	*4 semaines après:* utérus en antéversion et élevé.	*Juillet* 1889 : utérus encore élevé et fixé. Il est à peine mobile en arrière. Etat général très bon.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
»	»	Ventrofixation (par son procédé)	»	»	»	»	»	»	*Novembre* 1889: l'utérus est resté bien fixé.	»	*Hystéropexie.* (Type.) (?)
Soie.	Surjet (en tout 6 anses).	*Face antérieure* et *fond* de l'utérus.	*Lèvres* de la *plaie* abdominale.	Vessie remontée très haut; difficultés dans la recherche de l'utérus. Tampons de gaze iodoformée dans le vagin pour soutenir l'utérus.	»	»	Rien de spécial, sauf un peu de *suppuration* autour de trois fils superficiels de la suture abdominale, les plus inférieurs, ayant déterminé plus tard un petit foyer suppurant. (Fil de soie infecté.)	21 *mai :* suppuration presque complètement tarie. Utérus très bien fixé.	»	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Soie.	»	*Ligaments ronds.*	*Paroi abdominale.*	»	Adhérences résistantes en arrière de l'utérus.	»	Guérison.	»	3 *mois après : Rétroflexion reproduite.* Douleurs revenues. (*Echec complet*)	»	*Hystéropexie.* (Type.)

...e cela est fort probable, nous avons cru devoir ranger ce cas dans ce tableau.

1	2	3	4	5	6	7
58 59	Sænger (Cas XI et XII.) (1)	»	»	»	2 *Rétrodéviations* de l'utérus.	»
60	Zinsmeister (Cas I.)	M. T., 38 ans.	1 accouchement il y a 11 ans.	*Douleurs* dans le ventre depuis 1 an et demi. Travail impossible coït, et défécation très douloureuse. Constipation. Anémie. Etat nerveux.	*Rétroflexion* de l'utérus *fixé*. Annexes saines.	Massage, irrigations vaginales, sans résultat aucun.
61	Cohn (Cas II.)	E. Sch., 34 ans.	Vierge.	*Douleurs* dans le ventre à la suite d'une chute. *Hémorrhagies* profuses. Aspect d'une *folle* (Neurasthénie). Anémie extrême.	*Rétroflexion mobile* à angle aigu.	Impossibilité d'un traitement antérieur vaginal (étroitesse du vagin qui est très court).
62	Poncet (Cas I.) (Inédit).	C..., 56 ans.	5 enfants.	*Douleurs* depuis 3 ans dans le ventre.	*Rétroversion et prolapsus* de l'utérus. — *Fibrome* de la paroi postérieure de l'utérus.	Pessaires mal supportés.
63	Lucas-Championnière (Cas IV.) (3)	T. J..., 30 ans.	4 enfants. — 1 fausse couche.	*Douleurs* latérales, depuis le dernier accouchement.	*Rétroflexion* de l'utérus *mobile*.	»

(1) Voir, au Tableau I, les Cas IX et X.

(2) Observation inédite, publiée plus loin, remarquable surtout par ce qu'on a con-

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	»	2 Ventro-fixations.	Procédé habituel.	»	»	»	2 Guérisons.	»	»	»	2 *Hystéropexies.* (Type.)
Catgut.	2	*Fils verticaux* placés sur les *2 côtés de l'utérus.*	*Paroi abdominale* à 2 centimètres en dehors de la plaie, sans traverser la peau (à peu près comme Kelly) au-dessus de la symphyse.)	Dégagement du fond de l'utérus très pénible. Index d'un assistant dans le vagin pour redresser l'utérus.	Fond de l'utérus immobile dans la cavité du sacrum.	Aucune altération des annexes.	Suites opératoires très bonnes. *Douleurs en urinant*, pendant 8 jours seulement, après l'opération.	*A la sortie :* disparition de toutes les douleurs. Bon état général. Utérus parfaitement fixé.	»	»	*Hystéropexie.* (Type).
»	»	Procédé de Léopold.	»	»	Utérus augmenté de volume.	»	Guérison.	Etat très amélioré à la sortie.	1er octobre 1889, état très bon. 29 octobre résultat vraiment merveilleux.)	»	*Hystéropexie.* (Type).
Soie.	2	*Face antérieure* et *fond* de l'utérus.	*Paroi abdominale* à 2 centimètres des bords de la plaie.	Gaze iodoformée dans le vagin.	»	»	Suites simples.	*3 semaines après :* Utérus bien fixé. Guérison. La malade refuse tout pessaire.	*Cinq mois après :* Utérus toujours fixé. Pas de souffrances.	»	*Hystéropexie.* (Type.) pour déviation symptomatique.
Catgut.	3	*Fond* de l'utérus.	Lèvres de la *plaie abdominale*.	»	»	Aucune lésion apparente des ovaires.	»	»	30 *novembre* 1889 : continue à souffrir; utérus bien en place; sensibilité des ovaires. *Le* 3 *février* 1890 : *castration*. *Adhérence utéro-abdominale*, en forme de *faux* très solide.	»	*Hystéropexie.* (Type.) *Castration* ultérieure.

aspect de l'*adhérence utéro-abdominale* (seule observation connue, avec une de Byford.

1	2	3	4	5	6	7
64	Cohn (Cas III.)	F. H..., 32 ans.	3 accouchements, le dernier il y a 3 ans.	Depuis le dernier accouchement, *douleurs* dans le ventre; *ménorrhagies*. Femme très anémiée. *Cystite* assez intense.	*Rétroflexion mobile*, mais difficile à corriger.	Pessaires depuis 1 an 1/2 sans résultat. Les pessaires ne tiennent pas ou sont causes de douleurs. Massage sans résultat.
65	Lihotzky (Cas I.)	»	Nullipare.	*Douleurs* vives depuis 1 an et demi.	*Rétroflexion* de l'utérus.	Massage. Redressement dans la narcose. Pessaires, etc., sans résultat, depuis 1 an 1/2.
66 67 68	Boldt (Cas III, IV, V.) (2)	»	»	»	3 *Rétroflexions* utérines.	»
69 70	Gusserow (Cas I, II.)	»	»	»	2 *Rétroflexions* de l'utérus *mobiles*.	»
71	Cohn (Cas IV.)	24 ans.	»	*Douleurs* dans le ventre, très pénibles, et dans les reins. Travail impossible. *Ménorrhagies*.	*Rétroflexion* de l'utérus *mobile*. (peut être corrigée); pas de lésions des annexes appréciables.	Pessaires impuissants à maintenir la réduction.
72	Kelly (Cas III.)	W..., 28 ans.	3 enfants. Fièvre puerpérale au dernier accouchement.	*Douleurs* dans les reins. Excitation nerveuse intense. Céphalgie vive.	*Rétroflexion* de l'utérus très accentuée. *Périnée* flasque.	Printemps 1889 : *Restaur. du périnée et hystéropexie extra-péritonéale*. Echec : l'utérus retombe en arrière. Périn. restauré.
73	Kelly (Cas IV.)	H..., 21 ans.	3 enfants.	»	*Rétroflexion* très prononcée de l'utérus. Périnée flasque; vulve élargie.	Avril 1889 : *Restauration périnéale et hystéropexie extra-périt.* (P. Kelly.) Périnée rest. L'utérus retombe. *Nouvelle hyst. ext. p.* Nouvel échec.

(1) A rapprocher d'une complication analogue survenue dans le cas de Quénu (Tableau

(2) Rien ne démontre qu'il s'agisse, d'une façon certaine, d'hystéropexies types dans le *C. f. Chir*. D'ailleurs ils ne sont pas conformes à ceux qui sont contenus dans la commu nous avons cru devoir nous en tenir à l'analyse allemande, plus détaillée et plus clair *Boston;* les journaux allemands disent huit opérations et quatre *insuccès*. Pour ne pas a version allemande, d'autant plus que Boldt a décrit à New-York son procédé dans un

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
»	»	Procédé de Léopold.	»	»	Utérus gros.	»	Réapparition des accidents *Cystite*. 3me *sem.*: *Thrombose* anémique (?) de la *fémorale gauche* (1).	Guérison.	»	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Soie.	2	*Utérus* (sutures profondes du matelassier).	*Paroi abdominale.*	»	«	»	Guérison complète. — Disparition des douleurs.	»	*Juillet* 1889: Utérus bien maintenu.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Catgut, soie, ou fil argent.	»	*Sous la séreuse du fond* de l'utérus	Paroi abdominale en travers.	Destruction des adhérences.	»	»	Sutures enlevées le 16me jour. Port d'un pessaire, pendant 2 mois après l'opération au moins.	3 Guérisons.	3 Succès complets.	»	3 *Hystéropexie.* (Types.)
»	»	2 Ventrofixations.	»	»	»	»	2 Guérisons opératoires.	»	2 *Insuccès thérapeut.*	»	2 *Hystéropexies.* (Types.)
Soie forte.	1	Procédé de Léopold.	»	»	»	»	Guérison. — Toutes les douleurs ont disparu.	8 *novembre* 1889: Utérus adhérent. Travail possible.	»	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Soie.	4	*Ligaments tubo-ovariens.*	*Péritoine* de la paroi abdominale antérieure.	Drainage de la plaie.	»	»	Se lève après 3 semaines.	*1 mois après:* Périnée bon. Utérus en antéflexion, mobile ne touchant pas la paroi, sans prolapsus.	*Janvier* 1890: Très bon état.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Soie.	4	*Ligaments tubo-ovariens.*	*Péritoine* de la paroi abdominale.	Pas de drainage. *Ligature d'une grosse veine ovarienne variqueuse* de chaque côté.	»	»	Guérison rapide.	*Sortie le 15 novembre :* Utérus en antéversion, très bien placé.	*Janvier* 1890: Bon état.	»	*Hystéropexie.* (Type.)

; les renseignements fournis sont trop sommaires dans l'analyse du travail de Boldt, paru dans
Boldt au Congrès de Boston, lors de la discussion qui suivit la communication de Polk;
ien fait huit opérations, mais n'aurait que deux *insuccès*, d'après les *C. R. du Congrès de*
choisir la solution la plus favorable à la thèse que nous défendons, nous avons admis la
primé en allemand, à ce qu'il nous a semblé du moins, car nous n'avons pu le consulter.

1	2	3	4	5	6	7	
74	HOFMEIER (Cas IV.)	B., 40 ans.	Nullipare.	*Douleurs* depuis 5 mois après un violent effort. Incapacité de travail.	*Rétroflexion mobile* de l'utérus. Un peu de prolapsus utérin et vaginal. Plancher pelvien très flasque. Vulve très large.	Traitement par les pessaires sans succès.	1
75	REIN (Cas I.) (1)	»	»	»	»	»	1:
76	BROWN (Cas I.)	E. L..., 42 ans.	»	*Douleurs* abdominales depuis 10 ans, constantes. *Ménorrhagies.*	*Rétroflexion* de l'utérus *adhérent*, très marquée.	Pessaires intra-vaginaux et intra-utérins, sans succès, très douloureux même.	1(
77	KELLY (Cas V).(2)	S..., 41 ans.	8 enfants.	»	*Rétrodéviation* de l'utérus.	Printemps 1889 : *Restauration du périnée* et *hystéropexie extra-périt.* Echec.	oc 18
78	ROUTIER (Cas II.) (3)	H..., 21 ans.	2 accouchements.	*Douleurs* abdominales depuis le premier accouchement, aggravées par le deuxième. Irradiations. Hémorrhagies. *Mictions* fréquentes.	*Rétroflexion* de l'utérus paraissant *adhérent* (l'utérus en réalité ne l'était pas), par suite de salpingite probable.	Essais de mobilisation de l'utérus restés vains à 3 reprises (sans anesthésie).	déc 1 18

(1) Nous pensons qu'il s'agit bien là d'un cas d'hystéropexie pour *rétrodéviation*, quoiq *phique.*)

(2) Kelly ne nous paraît avoir publié que 5 cas d'hystéropexie intrapéritonéale pour rétr 3 cas sont rapportés dans l'article du *The Johns Hopkins Hospital Bulletin* (janvier 1890).

(3) Observation *inédite* qu'on trouvera *in extenso* plus loin.

(4) M. Segond a fait le 14 juin 1890 une hystéropexie de propos délibéré pour une *Rétror*

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Catgut. — Soie.	1 de chaque côté. — 1 au milieu.	*Ligaments ronds* (origine utérine). Ventrofixation. — *Fond* de l'utérus.	Lèvres de la plaie abdominale (partie musculaire). — *Paroi abdominale* (c'est une des sutures profondes de l'incision).	»	Fonds de l'utérus mobile dans le cul-de-sac de Douglas.	»	La malade urine seule le soir même de l'opération. — Sutures du fond de l'utérus enlevées la troisième semaine.	(26 *jours après*). Utérus très bien fixé à la paroi. Toutes les douleurs ont disparu. Léger tiraillement en dedans de la cicatrice.	»	»	*Hystéropexie.* (Type.)
»	»	Ventrofixation.	»	»	»	»	»	Guérison.	»	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Soie.	1	*Fond* de l'utérus.	*Bords* de la *plaie* abdominale (muscles seulement.)	La laparotomie exploratrice (on avait soupçonné l'existence d'une tumeur intra abdominale notable.)	Petit *fibrome* utérin sur la face postérieure. — Adhérences utérines importantes.	Ovaires sains.	Rien de spécial.	5 *semaines après* : douleurs disparues; utérus en antéversion légère.	»	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Soie.	4	*Ligaments tubo-ovariens.*	*Péritoine* de la *paroi* abdominale.	Pas de drainage.	»	»	Guérison rapide.	Utérus en antéflexion, bien fixé.	*Janvier* 1890 : Va très bien.	»	*Hystéropexie.* (Type.)
Catgut.	1	*Fond* de l'utérus.	*Bords* de la *plaie* de la *paroi* abdominale. (Muscles, péritoine et fascia.)	Opération très simple. Durée 20 minutes.	*Pas la moindre adhérence péri-utérine.*	Pas de lésions des annexes, ni d'un côté ni de l'autre.	Rien à noter; *disparition des phénomènes vésicaux.*	*Etat à la sortie:* Utérus bien en place.	»	»	*Hystéropexie.* (Type.) (4).

…tistique, où se trouve mentionné ce cas soit assez peu explicite. (Voir Rein à l'*Index bibliogra-*
…s; mais il est probable qu'il a pratiqué cette opération un plus grand nombre de fois; ces

…*bile* de l'utérus. Les annexes étaient saines. (Femme clouée au lit depuis des années.)

II. — BIBLIOGRAPHIE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE
DE L'HYSTÉROPEXIE INTRAPÉRITONÉALE
POUR RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

§ 1. — ARTICLES ET MÉMOIRES ORIGINAUX (1877 à 1890)

1877

KŒBERLÉ (E.) (de Strasbourg). — *Gastrotomie dans un cas de Rétroversion de la matrice ;* in *Gazette médicale de Strasbourg*, p. 28, n° 3, 1er mars 1877. — Voyez aussi : *Rétroversion de la matrice irréductible. Constipation opiniâtre suivie d'iléus. Gastrotomie et Ovariotomie dans le but de fixer la matrice d'une manière permanente à la paroi abdominale. Guérison ;* in *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1877, p. 64. (Reproduction un peu abrégée de l'article de la *Gazette médicale de Strasbourg*.)

MARION SIMS (I.). — *Remarks on Battey's Operation ;* in *The British medical Journal*, n° du 8 décembre 1877 et nos du 15 et du 22 du même mois, p. 841 et 881.

1879

SCHRŒDER (de Berlin). — *Bericht ueber weitere 50 Ovariotomien ;* in *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 1, 1879 [1], p. 3 (Cas 72 du tableau [2]).

[1] 1879, et non 1878, comme cela est indiqué, par erreur typographique, dans l'article de M. Pozzi.

[2] Dans le texte de l'article de Schrœder, il y a : cas n° 12, au lieu de cas n° 72, par erreur typographique.

1885

SÆNGER (de Leipzig). — *Ueber Behandlung der Retroversio-flexio Uteri.* Communication à la *Société obstétricale de Leipzig*, séance du 17 novembre 1884; analysée in *Centralblatt für Gynækologie*, n° 42, octobre 1885, t. IX, p. 664; voyez surtout p. 665.

HENNIG (de Leipzig). — *Ueber Behandlung der Retroversio-flexio Uteri.* Communication à la *Société Obstétricale de Leipzig*, séance du 15 décembre 1884, pour répondre à celle de Sænger; analysée in *Centralblatt für Gynœkologie*, n° 42, 17 octobre 1885, p. 667.

1886

STAUDE (de Hambourg).— *Fixirte Retroflexio Uteri. Laparatomie und Fixation ventrale.* Communication à la *Société Obstétricale de Hambourg*, séance du 2 février 1886; analysée in *Centralblatt für Gynækologie*, p. 219, n° 14, 3 avril 1886. (Observation publiée ensuite par Kelly auquel l'auteur l'avait communiquée.)

SKENE KEITH (d'Edimbourg). — *An unsuccessful case of Alexander's operation.* Communication à la *Société Obstétricale d'Edimbourg*, le 12 mai 1886, lors de la discussion qui suivit celle du Dr Sinclair, intitulée : *Un cas d'opération d'Alexander-Adams;* in *Edinburgh obstetrical Transactions*, vol. X, p. 167 (d'après Kelly); et in *Edinburgh medical Journal*, p. 55, juillet 1886 (cité par Reich).

OLSHAUSEN. — *Ueber Ventrale Operationen bei Prolapsus und Retroversio Uteri.* Communication au *Congrès des Naturalistes Allemands à Berlin*, le 20 septembre 1886 (section de Gynécologie); publiée *in extenso* in *Centralblatt für Gynækologie*, n° 43, p. 698, 23 août 1886, vol. X; et analysée in *idem*, n° 41, p. 667, 9 oct. 1886, sous le titre de : *Ueber Ventrale Operationen bei Lageanomalien.*

FRANCK (de Cologne). — Communication des cas de Bardenheuer, lors de la discussion qui suivit celle d'Olshausen au *Congrès des Naturalistes Allemands à Berlin*; analysée in *Centralblatt für Gynœkologie*, 9 octobre 1886, n° 41, p. 667.

HENNIG (de Leipzig). — Communication lors de cette même discussion; in *idem*, p 667, 1886.

KALTENBACH (de Giessen). — Communication lors de cette même discussion; in *idem*, p. 667, 1886.

CZERNY. — Communication lors de la discussion qui suivit celle de Frænkel sur un sujet analogue, dans une autre séance de ce Congrès; analysée in *Centralblatt für Gynækologie*, n° 42, p. 685, 16 octobre 1886.

1887

Howard A. KELLY (de Philadelphie). — *Hysterorrhaphy*; in *The American Journal of Obstetrics* (avec trois figures), n° 109, vol. XX, janvier 1887, p. 33. — Communication à la *Philadelphia Obstetrical Society*, 4 novembre 1886[1] : *Sur une nouvelle opération pour la correction de certains déplacements utérins ou Hystérorrhaphie* (voir même journal, même numéro, p. 67). — Une discussion suivit cette communication (voir in même journal, p. 67), et MM. Drysdale, Jos. Price, Baer, Longaker, Harris, Kelly y prirent part.

PROCHOWNICK (L.) (de Hambourg). — *Beitræge zur Castrationsfrage*. Communication faite le 6 avril 1887 à la *Société médicale de Hambourg*; publiée in *Archiv für Gynækologie*, t. XXIX, p. 183, 1887 (voir p. 193 et 194 la relation de 2 cas d'hystéropexies complémentaires cités ultérieurement dans la statistique de Spaeth).

JANVRAIN et HUNTER. — Discussion de la communication de Polk, faite à la séance du 19 avril 1887 à la *Société d'Obstétrique de New-York*; analysée in *The American Journal of Obstetrics*, juin 1887, p. 630, n° 6. (Historique de l'hystéropexie extra-péritonéale et citation de la méthode intrapéritonéale de Kelly.)

POLK (William) (de New-York). — *Are the tubes and ovaries to be sacrificed in all cases of salpingitis?* (Les trompes et les ovaires doivent-ils être sacrifiés dans tous les cas de salpingites ?); in *American Journal of Obstetrics*, octobre 1887, p. 1046. (*Trans. of the americ. gynæk. Society*, 13 et 15 septembre 1887.)

FRAIPONT (de Liège). — *Extirpation des deux ovaires et des trompes dans un cas d'ovarite chronique avec phénomènes hystériques*; in *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, 1887, 26e année, p. 47.

[1] Non pas le 14, comme on l'a écrit, mais le 4.

1888

KLOTZ (de Dresde). — Communication à la *Société de Gynécologie de Dresde*, le 6 octobre 1887; analysée in *Centralblatt für Gynækologie*, 7 janvier 1888, n° 1, p. 11.

KORN. — Discussion de la communication de Klotz à la *Société de Gynécologie de Dresde*, 7 janvier 1888 ; in *Centralblatt für Gynékologie*, 1888, p. 11.

KLOTZ. — Publication *in extenso* de la communication précédente sous le titre : *Neues Operationsverfahren bei Retroflexio Uteri fixati*; in *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 4, p. 66, 1888.

SÆNGER (de Leipzig). — *Ueber operative Behandlung der Retroversio-flexio Uteri;* in *Centralblatt für Gynækologie*, 14 et 21 janvier, nos 2 et 3, 1888, p. 17 et 134 (avec figures). (Communication à la séance d'avril 1887 de la *Société d'Osbtétrique de Leipzig.*)

KLOTZ. — *Die operative Behandlung der Retroflexio Uteri Fixati;* in *Centralblatt für Gynækologie*, 1er février, n° 5, 1888, p. 69. (Réponse à Sænger.)

SÆNGER (de Leipzig). — *Zur Ventro-fixation des Retroflektirten Uterus ;* in *Centralblatt für Gynækologie*, 18 février, n° 7, 1888, p. 102. (Réponse à Klotz.)

LÉOPOLD (de Dresde). — *Ueber die Annæhung der retroflekirten Gebærmutter an der vorderen Bauchwand;* in *Centralblatt für Gynækologie*, 17 mars, n° 11, 1888, p. 161. (Communication à la *Société de Gynécologie de Dresde* le 3 novembre 1887.)

LÉOPOLD (de Dresde). — Discussion (*Ueber die operative Behandlung der Retroflexio Uteri*) à la *Société Gynécologique de Dresde*, séance du 5 janvier 1888; analysée in *Centralblatt für Gynækologie*, n° 13, p. 211, 31 mars.

KLOTZ. — Communication à la même séance, au cours de la discussion ; in *idem*, p. 211, 1888.

SCHRAMME. — Communication lors de la même discussion; in *idem*, p. 212, 1888. (Cité par Reich.)

BODE. — Communication lors de la même discussion ; in *idem*, p. 212, 1888.

COE. — *Hysterorrhaphy for retroflexion with fixation*. Communi-

cation à la *Société Obstétricale de New-York*, le 7 février 1888, analysée in *The American Journal of Obstetrics*, p. 401, avril 1888.

BOLDT. — *Un cas d'hystérorrhaphie complémentaire*. Communication à la *Société Obstétricale de New-York*, après celle de Coe ; analysée in *The American Journal of Obstetrics*, p. 401, avril 1888.

HOWARD A. KELLY (de Philadelphie). — *Hysterorrhaphy;* in *American Journal of the medical Sciences*, 1888, mai, p. 468 (avec trois figures). — Cet article a été aussi publié *in extenso* in *The international Journal of the medical Sciences*, mai 1888, p. 468, avec les trois mêmes figures [1].

SAENGER (de Leipzig). — *Zwei Falle von reiner Ventro-fixatio Uteri retroflexi* (présentation de malades opérées au *Congrès de Gynécologie allemand* à Halle, le 24 mai 1888); in *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynækologie* (Zweiter Kongress, Halle), p. 110. Leipzig, 1888, chez Breitkopf et Hærtel. — D'après aussi le compte rendu analytique de ce Congrès publié dans le *Centralblatt für Gynækologie*, n° 24, p. 388, 16 juin 1888 et et traduit in *The American Journal of Obstetrics*, p. 989, septembre 1888.

OLSHAUSEN. — *Ventro-fixatio Uteri retroflexi*. (Présentation d'une malade au Congrès de Halle, le 24 mai 1888) ; in *Centralblatt fur Gynækologie*, n° 24, p. 388, 16 juin 1888.

PASQUALI (E.) — *Un caso di fissazione dell' Utero alla parete abdominale;* in *Annali di ostetricia e ginecologia*, Firenze, juillet 1888, n° 7, p. 316.

F. SCHAUTA (de Prague). — *Ueber die Behandlung der Retroversio-flexio Uteri;* in *Prager medicinische Wochenschrift*, n°s 29 et 30, t. XIII, 18 juillet 1888, p. 301 et 316. — Communication au *Centralverein des Médecins allemands de Bohême*, le 29 juin 1888 ; et tirage à part, in-8°, 15 pages, Fischer's medic. Buchhandlung, Berlin.

LÉOPOLD. — *Ueber Ventrofixatio Uteri*. Communication à la *Gynækologische Gesellschaft von Dresde,* séance du 6 juin 1888, avec la discussion qui suivit ; analysée in *Centralblatt für Gynækologie*, n° 48, p. 795, 1er décembre 1888.

BODE, SCHRAMM, KLOTZ ont pris la parole à l'occasion de cette communication ; voir in *idem*, p. 795.

[1] Les deux journaux ne sont en réalité qu'une seule et même publication, dont l'une, la première, est l'édition américaine, l'autre, l'édition anglaise ou plutôt écossaise.

CZERNY (V.) (d'Heidelberg). — *Ueber die Vornæhung der Ruckwærts gelagerten Gebærmutter;* in *Beitræge zur klinischen Chirurgie* Bd IV, Helft I, p. 164 (avec une figure), octobre 1888.

LÉE (Ch. Carroll) (de New-York). — *The value of « Hysterorrhaphy » in the treatement of Retroflexions of the Womb;* in *The American Journal of Obstetrics and diseases of women and children*, décembre 1888, vol. XXI, n° 132, p. 1249-1256. Communication à la *section d'Obstétrique de l'Académie de Médecine de New-York*, le 25 octobre 1888.

Howard A. KELLY (de Philadelphie). — Communication à la *section de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Académie de Médecine de New-York*, lors de la discussion qui suivit celle de Lee, le 25 octobre 1888; analysée in *The Medical Record*, p. 577, 10 novembre 1888, n° 19, t. XXXIV.

BOLDT (H.-J.). — Communication lors de la même discussion; analysée in *idem*, p. 577.

MUNDÉ. — In *idem*, p. 577.

COE. — In *idem*, p. 577.

GILL WYLIE (W.). — In *idem*, p. 578.

WENDT (E.-C.). — In *idem*, p. 578.

W. M. POLK (de New-York). — *Hysterorrhaphy and Alexander's-Operation*; in *The American Journal of Obstetrics*, décembre 1888, vol. XXI, p. 1271. (Lettre à Paul Mundé, en réponse à une citation d'un article de cet auteur, paru dans le même journal, n° de novembre, p. 1121, 1888, vol. XXI, et intitulé : *the Value of Alexander's operation for shortening the round ligaments, estimated from the results of twenty-three cases.*

1889

PICQUÉ (L.) (de Paris). — *De la ventro-fixation* ou *Hystéropexie; opération d'Olshausen.* — Communication à la *Société de Chirurgie*, le 17 octobre 1888; in *Bulletin Général de Thérapeutique*, 15 janvier 1889, 2e livraison, p. 10; analysée dans le rapport de M. Pozzi à la Société de Chirurgie, publiée dans la *Gazette Médicale de Paris*.

TERRIER. (F.). — *Trois opérations d'Hystéropexie;* in *Bulletins et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1889, séance du 16 janvier 1889, p. 46.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — In *idem.*

ROUTIER. — In *idem.*

BODE (Emil) (de Dresde). — *Zur operativen Therapie des Uterus retroflectus fixatus;* in *Centrablatt für Gynækologie,* n° 3, 19 janvier 1889, p. 33.

BYFORD (H.-T.). — *The treatment of retroversion of the uterus by operative methods; laparohysterorrhaphy;* in *North Amer. Pract.*, Chicago, 1889, i, p. 71-75 [1].

LÉOPOLD. — *Ueber Ventrofixation Uteri.* Communication à la *Société Gynécologique de Dresde,* le 6 décembre 1888 ; analysée in *Centralblatt fur Gynækologie,* n° 10, p. 159, 9 mars 1889.

MARSCHNER. — Idem, au cours de la discussion qui suivit cette communication de Léopold; in *idem,* p. 159.

BODE. — Discussion de la communication de Léopold ; in *idem,* p. 159.

SCHRAMM. — Discussion de la communication précédente de Léopold; in *idem,* p. 160.

LÉOPOLD (de Dresde). — *Ueber die Annæhung der retrofleck-tirten angerichteten Gebærmutter an der vorderen Bauchwand;* in *Sammlung Klinischer Vortræge,* n° 333, 1889, Leipzig.

SLAWJANSKI. — *Kurzer Bericht über die chirurgische Thaetigkeit seiner Klinik vom* 1-22 *Maerz* 1889. Communication à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Saint-Pétersbourg.* séance du 23 mars 1889 ; analysée in *Centralbl. f. Gynækol.,* n° 48, 30 nov. 1889, p. 833.

FRAIPONT (F.). — *Du traitement de la rétroversion utérine fixée par des adhérences;* in *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège,* n° 3, 28e année, mars 1889, p. 114.

TERRIER (F.). — *Opération simulée* (Discussion sur la valeur de l'Alexander); in *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie,* séance du 3 avril 1889; et analyse in *Progrès Médical,* 1er sem., 1889, p. 265.

ZAJAITZKI (S. S.). — *Twelve cases of Hysterorrhaphy performed according to Alexander Slavjanski method* ; in *Med. Obozr.*, Moscou 1889, XXXI, p. 3-19 [2].

[1] Nous n'avons pas pu nous procurer ce journal.

[2] C'est par erreur que l'*Index medicus* donne ce titre à l'article du journal Russe. Le titre exact de l'article serait en français : *Douze cas*

BOLDT.— *Bericht über* 200 *Laparotomien, mit Bemerkungen über die operative Behandlung des Retroflektirten Uterus fixatus;* in *New-York medical Monatsschrift,* New-York, avril 1889 [1].

LARGEAU. — Communication à la *Société Anatomique*, séance du 10 mai 1889; in *Bulletins de la Société Anatomique*, p. 361, T. III, 5e série, 15e fascicule, mai 1889; et citée dans le *Répertoire Universel d'Obstétrique et de Gynécologie*, n° 35, 5 septembre 1889, p. 409. (Suppl. aux *Arch. nouv. d'Obst.*)

CUSHIER (Elisabeth M.). — *Hysterorrhaphy ;* in *International Journal Surgery*, New-York, n° 6, juin 1889, p. 136.

KUSTNER. — *Zur Indikationsstellung und Methode der Laparotomie wegen Retroflexio Uteri.* Communication au *Congrès des Gynécologistes Allemands* (Fribourg), T. II, 12-14 juin 1889; in *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynækologie,* 3e Kongress, Leipzig, 1890, p. 381 et suivantes. —Voir aussi analyses in *Semaine médicale*, 12 juin 1889 et in *Centralblatt für Gynækologie*, n° 25, p. 441, 1889; cité in *Berl. Klin. Woch.*, n° 30, p. 685, 29 juillet.

HEGAR. — In *idem* (une observation). Léopold, Sænger, Veit, Schutsch, Frommel, discutent la Communication de Kustner; in *idem* (citation de la méthode de Frommel).

SAENGER.— *Bericht über* 39 *Laparotomien des Jahres* 1888. Communication à la *Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynækologie* de Leipzig (séance du 21 janvier 1889); analysée in *Centralbl. für Gynækologie*, n° 25, p. 441, 1889.

ZINSMEISTER. — *Ventro-fixation de l'Utérus.* Communication à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Vienne*, séance du 18 juin 1889 ; analysée in *Semaine Médicale*, p. 267, 3 août 1889; et in *Centr. f. Gyn.*, n° 48, 30 novembre 1889, p. 831. Voyez compte rendu officiel : *Zur Therapie der Uterusretroflexionen*; in *Wiener Medizinische Blætter*, p. 487, n° 31, 1er août 1889.

LIHOTZKI. — In *idem* et *idem*.

RACOVICEANU. — *Des indications et des ressources opératoires dans les Rétrodéviations chroniques de l'utérus.*— Thèse de Paris, 1889.

PONCET (de Lyon). — *Statistique des opérations faites à Lyon.* Communication au *Congrès de l'Association Française pour l'avan-*

de raccourcissement des ligaments ronds par la méthode d'Alexander-Slawjanski. — On voit que cet article ne se rapporte pas à notre sujet ; nous le citons cependant pour épargner aux chercheurs à venir des recherches inutiles.

[1] Nous n'avons pas pu consulter ce travail à Paris.

cement des Sciences à Paris, 1889; analysée in *Progrès Médical'* août 1889. (Citat. d'une observation rapportée *in extenso* plus loin.)

SPAETH (F.) (d'Hambourg). — *Zur Ventrofixatio Uteri*; in *Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 37, 12 septembre 1889, p. 760.

TOERNGREN (Adolph). — *Om ovario-salpingiter och ovario-salpingectomier; Finska lackaresaellskapets Handlingar*, T. XXI, n° 9, septembre 1889, p. 721-740. (Pas de résumé français) (3 observations d'Hystéropexies complémentaires, p. 729, 730 et 739.)

Charles P. STRONG (Boston). — *The surgical treatment of backward displacements of the Uterus*. Communication à la séance annuelle de la *Massachusetts medical Society*, 15 juin 1889; in *Boston medical and surgical Journal*, n° 16, 17 octobre 1889, p. 381 et *Med. Comm. Mass. med. Society*, Boston, 1889, p. 473-492.

POLK (de New-York). — *Observations upon the surgical treatment of retroversions and reflexions; in Transactions of the american gynecological Society*, vol. XIV, p. 250, année 1889, Philadelphie; Dornan, édit. — Voyez aussi : *The surgical treatment of posterior displacements of the uterus*; résumé de cette communication à la *Société américaine de Gynécologie* (Congrès de Boston, séance du 18 septembre 1889), analysé in *The american Journal of Obstetrics*, octobre 1889, p. 1066.

KELLY. — Idem; in *idem*. (Description en outre de son procédé d'hystéropexie extra-péritonéale, avec figures.)

BOLDT. — Communication au même *Congrès* (même séance); in *idem*. (Cas nouveaux). — A lire dans les deux publications indiquées.

CUZZI (A.). — *Un caso di gastro-isterorafia anteriore per retroflessione uterina*. Communication à la *Société médicale de Pavie*, le (12 mai 1889; in *Bolletino della Polliambulanza di Milano*, II, fasc. 9 et 10 (septembre-octobre), 1889, p. 209.

W. H. BROWN. — *A case of the retroflexion of the uterus; hysteropexia; remarks*; in *The Lancet*, 2 novembre 1889, p. 904, n° 3453.

VEIT. — *Ueber die Indikationsstellung der Retroflexion-therapie*. Communication à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie* de Berlin, séance du 25 octobre 1889; analysée in *Centralb. f. Gynækolog.*, n° 47, p. 821, 23 nov. 1889.

COHN. — Discussion de la communication de Veit à la même Société (séance du 8 novembre 1889); analysée in *Centralbl. f. Gynæk.*, n° 49, p. 851 et 857, 7 décembre 1889.

ODEBRECHT. — *Idem;* in *idem*, p. 853, 856.

GOTTSCHALK. — *Idem;* in *idem*.

GUSSEROW, BRŒSE, MARTIN, OLSHAUSEN. — *Idem ;* in *idem*, p. 856-857. — Toute cette longue et importante discussion a été traduite en français in *Repert. univ. d'Obst. et de Gyn.*, p. 135, 15 mars 1890, n° 8 (supplément aux *Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gynée.*, 25 mars 1890, n° 3).

1890

KELLY (H.-A.) — *On Hysterorrhaphy* ; in *The Johns Hopkins Hospital Bull.*, Baltimore, 1889-1890; janvier, vol. I, t. IV, p. 17-19. (Nombreuses figures.)

BYFORD (H.). — *Three peritoneal sections performed upon the same patient wilkin nine months* ; in *North Americaner Praetitionner*, janvier 1890, et tirage à part (un cas).

KLEIN (G.).— *Bericht über die Vorgange auf der gynækologisehen Abtheilung.* (Jahresbericht des Geburtshilflichgynækologischen Instituts der Universitœt Würzburg für das Jahr 1889 von Pr Hofmeier) ; in *Münchener medicinishe Woehensehrift*, 25 février 1890, p. 135 (2e colonne), n° 8 (citation des cas d'Hofmeier); et 4 mars 1890, p. 171, n° 9 (2e colonne) (observations détaillées).

CUZZI (A.). — *Un easo di Isteropexis per retroflessione uterina ;* in *Rivista di ostetrieia e gineeologia*, Turin, 28 février 1890, n° 4, année I, p. 36.

REIN (G.) (Kiew). — *Zur Asepsis bei Laparotomien.* Communication à la section de médecine du VIIIe *Congrès des Naturalistes et Médecins russes à Saint-Pétersbourg* ; in *Centr. f. Gynæk.*, n° 9, 1890, p. 139-140, 1er mars (citation d'un cas de ventro-fixation pure).

LÉOPOLD.— *Ueber Ventrofixatio Uteri Retroflexi.* — Communication à la *Soeiété de Gynéeologie de Dresde*, le 3 octobre 1889 ; analysée, ainsi que la discussion qui la suivit, in *Centr. f. Gynæk.*, n° 11, p. 185, 15 mars 1890.

SCHRAMM (J.). — Discussion ; in *idem*.

KLOTZ. — Discussion ; in *idem*.

BYFORD (H.). — *Another twelve months of peritoneal surzery, fifty seven cases* ; in *The Journal of the Amerioan medieal Association*, 15 mars 1890, à tirage à part, p. 7. (Voir la statistique à la fin du travail et l'analyse du cas publié in *North americ. Praetit.*)

DUDLEY (A.-P.). — *Hysterorrhaphy; a New Method.* Communication à la section d'Obstétrique et de Gynécologie de l'*Académie de Médecine* de New-York ; analysée in *Medical Record*, 1er février 1890, n° 5, p. 136 [1]; et *New-York Med. Journal*, 25 janvier 1890, n° 4, p. 102.

EDEBOHLS (G. M.). — Discussion qui suivit cette communication ; in *idem* (citation de quelques cas d'hystéropexie proprement dite.)

THIRIAR (Bruxelles). — *Carcinôme de l'ovaire avec rétroversion et prolapsus de l'utérus. Ovarosalpingotomie et Hystéropexie après avivement utérin ;* in *Mercredi Médical*, p. 178, n° 15, 16 avril 1890.

STRATZ (Batavia). — *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indië* [2] (Deel XXIX) ; et tirage à part. — Article cité et analysé in *Centr. f. Gyn.*, n° 16, p. 296, 19 avril 1890 (un cas).

PRŒGER (L.) (Chemnitz). — *Zur Ventrofixatio Uteri* ; in *Centralblatt für Gynækologie*, n° 16, 19 avril 1890, p. 278. (2 cas pour rétrodéviations ; 2 cas pour prolapsus.)

FAUCON (V.) (Lille). — Voir Appendice. Voir aussi note sur un *Nouveau mode de suture dans l'Hystéropexie ;* in *Bull. de l'Ac. roy. de Méd. de Belgique*, séance du 26 avril 1890 (rapport de M. Deneffe). Travail complet de M. Faucon, in *idem*, p. 283, n° 4, t. IV, IVe série.

HALL (B.). — *Removal of appendages for pyosalpinx; ventral fixation of uterus for retroversion.* Communication à la *Société Obstétricale de Cincinnati*, séance du 14 novembre 1889 ; analysée in *The American Journal of Obstetrics*, mai 1890, p. 550. (Deux observat.)

DEBRUNNER (A.) (de Frauenfeld). — *Zur vaginalen und ventralen Fixation der ruckwærtsgebeugten Gebærmutter* ; in *Correspondanz-Blatt für Schweizer Aerzte*, n° 11, 1er juin 1890, p. 337 (deux observat. pour rétrodéviat., une pour prolapsus).

DECIO (C.). — *I Primi 15 mesi del Comporto Ostetrico-Ginecologico dell Ospedale Maggiore de Milano dir. p. L. Mangiagalli ;* in *Annali di Ostetr. e Ginecol.*, mai-juin 1890, nos 5-6, p. 384 et 407.

POZZI, DE LOSTALOT-BACHOUÉ et BAUDRON. — *Remarques cliniques et opératoires sur une série de trente laparotomies ;* in *Ann. de Gyn.*, juin 1890, p. 126. (2 obs. ; résumé de celles de M. Pozzi rapportées *in extenso* plus loin.)

[1] En réalité, il s'agit là d'un nouveau mode de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds ; mais Dudley y rapporte aussi 2 cas d'hystéropexies complémentaires véritables.

[2] Nous n'avons pas pu consulter ce journal à Paris.

§ II. — TRAITÉS GÉNÉRAUX

ET REVUES CRITIQUES OU GÉNÉRALES

Ayant trait à l'Hystéropexie.

I. — REVUES CRITIQUES

1888

BLANCHE EDWARDS. — *Des traitements de la rétroversion de l'utérus;* in *Progrès Médical*, nos 23, 24, 25 ; 2, 9, 16 juin 1888 (voyez no 25 pour l'hystérorrhaphie).

VERCHÈRE (de Paris). — *Hystérorrhaphie* ou *Ventro-fixation de l'utérus;* in *Bulletin Médical*, no 95, 28 novembre 1888, p. 1563.

POZZI (S.). — *De la Ventro-fixation de l'Utérus* ou *hystéropexie contre la rétroflexion et le prolapsus ;* in *Gazette Médicale de Paris*, nos 49 et 50, 8 et 15 décembre 1888, p. 577 et 590. — Rapport fait à la *Société de Chirurgie* sur l'observation de M. Picqué. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. XIV, no 12, p. 936, 1889.)

1889

PICQUÉ (L.) (de Paris). — *Traitement de la rétroflexion utérine en général et de la rétroflexion adhérente en particulier; De l'hystéropexie ou ventro-fixation ;* in *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, nos 2 et 3, p. 20, 10 janvier 1889.

X... — *Hysterorrhaphy ;* in *The Medical and Surgical Reporter*, 16 février 1889, no 7, vol. LX, p. 213.

FRAIPONT (F.). — *Du traitement de la rétroversion utérine fixée par des adhérences* ; in *Annales de la Société Médico-chirurgicale de Liège*, no 3, 28e année, mars 1889, p. 114.

BARETTE (de Caen). — *Diagnostic et traitement des rétrodévia-*

tions utérines; in *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 153 et suivantes, n° 10, 7 mars 1889, etc.

DOLÉRIS. — *Hystéropexie.* Communication à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, séance du 11 avril 1889; in *Bulletins et Mémoires*, n° 4, avril 1889, p. 115.

MÉNARD (V.). — *De la Histeropexia o' ventrofijation*; in *Revista argentina de Cieneias medieas*, Buenos-Ayres, 1889, VI, n° 4, avril, p. 111. (Rien de nouveau.)

X... — *Hystéropexie* ou *Ventro-fixation*; in *Gazette de Gynéeologie*, n° 69, 1er mai 1889, p. 33.

FRÆNKEL (Ernest) (de Breslau). — *Bitte an alle, in und auslandisehen Gynækologen und Operateure;* in *Centralblatt für Gynækolog.*, n° 3, 19 juin 1889, p. 48[1].

DEBIERRE (Ch.) (Lille). — *Des déplaeements de l'utérus et des nouveaux proeédés opératoires propres à y remédier*: in *Bull. méd. du Nord,* n° 6, 12 juillet, p. 260, 1889, et *Gaz. de Gyn.*, 1889, IV, p. 178-181; an. in *Gaz. Méd. de Liège*, p. 501, n° 42, 18 juillet 1889.

MAYGRIER. — Art. *Ventro-fixation*; in *Année méd.*, 1889, p. 332.

P. MUNDÉ et Br. WELLS (de New-York). — Article *Ventralfixation after Laparotomy, Hysterorrhaphy;* in *Diseases of the uterus*, etc. de l'*Annual of the universal medieal Sciences* de M. Charles Sajous, Philadelphie, New-York, Londres. Année 1889, Vol. II, p. E, 12. Revue très courte avec reproduction des figures de Kelly).

1890

KELLY. — *De l'Hystérorrhaphie* (*Abst. in the med. analeetie and Epitome*, mars 1890); in *Le Sealpel*, n° 45, 11 mai 1890, p. 267 (à voir).

VUILLET. — *Laparohystérorrhaphie ou Hystéropexie;* in *Rev. Obst. et Gyn.*, Paris, 1890, VI, 9-14[2].

GUTTMANN. — *Jahrbueh der praetisehen Mediein,* Stuttgard, 1890. p. 334 et suivantes. (An. des travaux de Czerny, etc.).

KLEINWÆCHTER (L.). — *Wiener mediz. Presse*, n° 26, 29 juin 1890, p. 1047-1050. (Rien de nouveau.)

[1] Le plan de nos tableaux était depuis longtemps arrêté et presque toutes les observations recueillies par nous, quand a paru le questionnaire de Frænckel dans le n° 3 du *Centralblatt für Gynækologie*, 19 janvier 1889, p. 48. Dans une note, parue dans ce numéro, Ernest Frænkel (de Breslau), demande en effet à ce que ses confrères lui favorisent la rédaction de tableaux analogues aux nôtres en lui adressant les renseignements voulus.

[2] Indication de l'*Index medicus* (avril 1890, p. 183) non vérifiée.

II. — TRAITÉS GÉNÉRAUX ET MÉMOIRES MENTIONNANT LE TRAITEMENT CHIRURGICAL PAR LA VOIE SUS-PUBIENNE DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

A. — *Traités généraux.*

A. COURTY (de Montpellier). — *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes* ; 2e édition, p. 876 ; 3e édition, Paris, p. 707. (Résumé du cas de Kœberlé et d'un cas de Sims.)

SCHULTZE (B.-S.) (d'Iéna). — *Traité des déviations utérines. Traduction française*, par F.-J. Hergott (de Nancy). Paris, Oct. Doin, 1884, p. 337.

BILLROTH und LUECKE. — *Handbuch der Frauenkrankeiten*, vol. I, p. 767. Stuttgard, 1885. (Mention du cas de Kæberlé, d'après Kelly, 1er article, p. 36.)

A. HEGAR et R. KALTENBACH. — *Traité de Gynécologie opératoire*, traduit sur la 2e édition allemande par Paul Bar (de Paris), préface de Tarnier. Paris, Steinheil, 1885, p. 439. (Résumé du cas de Kœberlé.)

FRITSCH. — *Handbuch der Frauenkranheiten*, Bd I, p. 767, 1886, (Cité par Sænger dans son important mémoire.)

WINCKEL (F.). — *Lehrbuch der Frauenkrankheiten* ; Leipzig, 1886.

SCHRŒDER (Carl.) (de Berlin). — *Handbuch der weiblichen Geschlechtsorgane*. Leipzig, 1886, p. 208, (cité par Kelly, 1er article, p. 41). — Voyez aussi la *traduction française* de Lauwers et Hertoghe. Bruxelles-Paris, 1886, p. 181 et 1890, p. 182. (Mention du cas de Kœberlé et citation de celui de Schrœder.)

LAWSON-TAIT. — *The Pathology and Treatement of Diseases of the Ovaries* ; New-York, William, Weod et Cie, p. 94 et 95, 3e édition américaine (cité par Kelly, 1er article, p. 36). (Résumé de deux observations de l'auteur.)

A. DORAN. — *Handboock of Gynecological Operations*. London, Churchill, 1887, p. 413. (Cité par Sænger, dans son mémoire, à propos de la méthode de Caneva ; nous n'avons trouvé que la mention du procédé de Caneva dans cet ouvrage non traduit en français.)

M. HOFMEIER. — *Grundriss der gynækologischen Operationen*. Leipzig et Vienne, Fr. Deuticke, 1888, p. 261, 262. (Citation des articles d'Olshausen et de Sænger.) — Voir aussi la *Traduction française*, Bruxelles, 1889.

LEFORT ET MALGAIGNE. — *Manuel de Médecine opératoire*, IIe vol., 9e édition, p. 758-59 et 789.

TERRILLON. — *Leçons de Clinique chirurgicale*, 1889, p. 109.

TILLAUX. — *Traité de Chir. cliniq.*, 1889, t. II, 2e fasc., p. 501.

VUILLET ET LUTAUD. — *Leçons de Gynécologie opératoire*. Paris, 2e édition, 1890, p. 339 (inexactitudes).

B. — *Mémoires et Thèses*.

ENKE. — *Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nevrœsen Leiden*, etc., 1885. (Voir p. 52, cité par Sænger.)

VEIT (J.) (de Berlin). — *Ueber Perimetritis;* in *Volkmanns Sammlung Klinischer Vortræge*, n° 274, p. 1979 (n° 77 de la *section de Gynécologie*), 31 mai 1886 (rien de spécial.)

FRÆNKEL (Breslau). — *Traitement des rétrodéviations utérines*. Communication à la section de Gynécologie du *Congrès des Médecins et Naturalistes allemands* à Berlin, septembre 1886 (recommande l'hystéropexie complémentaire). Discussion importante; analysée in *Sem. Méd.*, 1886, p. 451.

ALEX. MILLER. — *American Journal of Obstetrics*; janvier 1887 (Recommande l'Hystéropexie.)

ROLAND (CHARLES). — *Du traitement des rétroversions et rétroflexions utérines adhérentes et de leurs complications* (endométrite, paramétrite). Thèse de Lyon, 22 février 1888, n° 401, p. 33 (Citation de l'article de Miller.)

FRITZ REICH. — *Ueber operative Therapie der Retroflexio Uteri*. Dissertation inaugurale. Iéna, fin octobre 1888, H. Pohle. (A consulter; tableau incomplet des hystéropexies publiées jusqu'à cette époque.)

TRÈLAT. — *Leçons sur le prolapsus des organes génitaux de la femme*, recueillies par M. Barette ; in *Annales de Gynécologie*, novembre 1888, mars 1889, p. 161 et suiv. — Voyez aussi in *Semaine Médicale*, p. 261, 1888, 4 juillet.

TILLAUX. — *De la Rétroflexion utérine*, leçon recueillie par M. Rieffel; in *Annales de Gynécologie*, p. 13, janvier 1889.

DUMORET (P.). — *Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin.* Thèse de Paris, 1889. (Cette thèse résume jusqu'en 1889 tout ce qui a rapport à l'hystéropexie intrapéritonéale appliquée au prolapsus. Bibliographie complète jusqu'en 1889.)

TÉMOIN (D.). — *Contribution à l'étude des prolapsus génitaux.* Thèse de Paris, 1889, avec figures. (Hystéropexie, p. 77.)

DEBAYLE (L-H.) — *De l'Hystéropexie vaginale* (Opération de Nicoletis) ou *nouveau mode de traitement des déviations utérines.* Thèse de Paris, 1890 (23 janvier), avec figures. (Critique de l'hystéropexie, p. 83.)

ADDENDUM

Nous regrettons de n'avoir pas pu utiliser dans notre travail, déjà imprimé, les nouvelles observations de KUMMELL, WYDER[1], POLK et MUNDE ; nous regrettons surtout de n'avoir connu que tout récemment le très substantiel mémoire de BOLDT qui paraît au moment de notre tirage. Nous aurions pu de la sorte compléter les observations que nous avons mentionnées et qui sont dues à ce chirurgien, et surtout rectifier quelques inexactitudes qui se sont glissées dans nos tableaux à propos de ces faits, inexactitudes dont sont seuls responsables les articles de journaux qui nous ont fait connaître les cas de Boldt. — En tout cas voici les indications bibliographiques de ces travaux.

KUMMELL. — *Zur Technik der Laparatomien;* in *Deut. mediz. Zeitung,* 9 juin 1890, p. 511, n° 46. (Kummell possède 6 cas de fixation de l'utérus pour *rétroflexions* ou *prolapsus ;* il fixe l'utérus soit à la *paroi abdominale*, soit au *périoste de la symphyse.*)

POLK. — *The am. J. of. Obst.*, juin 1890, n° 6, p. 628. (Un cas de fixation *indirecte* ayant causé l'oblitération d'une trompe.)

MUNDE (P.-F.). — *Removal of tubes and ovaries ; hysterorrhaphy ;* in *The Amer. J. of Obst.*, juin 1890, p. 638. (Un cas d'hystéropexie complémentaire pour rétroversion adhérente.)

BOLDT (H -J.). (New-York). — *The treatment of posterior displacements of the uterus*; in *The. amer. J. of Obst.*, juin 1890, p. 576. (Mention de 10 observations détaillées ; nous n'en avons cité que 8 dans nos deux tableaux. Distinction entre la *fixation* et la *suspension* de l'utérus, etc., etc.)

[1] Voir l'*Indicat. bibliogr.* de Wyder à l'APPENDICE.

§ III. — ANALYSES

Nous donnons ci-dessous l'énumération des principales analyses des articles originaux se rapportant à l'Hystéropexie intrapéritonéale pour Rétrodéviations et cités ci-dessus ; elles ont paru dans des journaux de différents pays et nous avons pu nous-même en prendre connaissance au cours de nos recherches bibliographiques [1].

Ces analyses ont été classées par nationalités avec intention, pour la plus grande commodité des lecteurs peu familiarisés avec les langues étrangères. Quelques-unes méritent d'être lues ; nous les avons signalées.

I. — ARTICLES PARUS DANS LES JOURNAUX DE LANGUE FRANÇAISE

A. — *Revue des Sciences Médicales.*

1° Analyse de l'article de Kelly ; in 15 juillet 1888.

2° Analyse des articles de Sænger (M.), Klotz, Léopold, Scküching (parus dans le *Centralblatt für Gynækologie*, au début de 1888) ; in 15 octobre 1888, p. 542, par Ch. Maygrier. (Aucune appréciation.)

3° Anal. des Comm. de Pozzi, Terrier à la *Soc. de Chir. de Paris* en 1889, et analyse de la thèse de Racoviceanu ; in 15 octobre 1889, p. 580.

B. — *Archives Générales de Médecine:*

Analyse assez détaillée de l'article de Sænger du *Centralblatt für Gynækologie* (janvier 1888) ; in novembre 1888.

[1] Peut-être ces renseignements seront-ils utiles à ceux qui, après nous, voudront reprendre sérieusement l'étude historique de cette question, ou à ceux qui ne pourraient se procurer les mémoires originaux, chose qui n'est pas toujours très aisée.

C. — *Archives de Tocologie :*

Analyse du mémoire de Sænger, avec reproduction des figures ; in février 1888, n° 2, p. 74.

D. — *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie :*

1° Analyse de la présentation de Sænger et d'Olshausen au Congrès de Halle, le 24 mai 1888 (*Société des Gynécologistes allemands*); in n° 12, 25 décembre 1888, p. 560.

2° *Hystéropexie ou Utérofixation ventrale* (Analyse de la discussion de la *Société de Chirurgie de Paris*) ; in 5 février 1889, p. 6?; et 25 mai 1889, p. 4198. (Rien à voir.)

3° Analyse de la communication de Bode (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 3, 1889) ; in 25 mai 1889, p. 218.

4° Analyse de l'article de Fraipont (*Ann. Soc. Méd. Chir.* de Liège, 1889); in *Répert. univ. d'Obst. et de Gyn.* (supplément aux *Arch.*), 25 février 1890, n° 2.

E. — *Semaine Médicale:*

Analyse de premier mémoire de Howard Kelly sur l'*Hystérorrhaphie* ; in N° 52, 28 décembre 1886, p. 539.

F. — *Progrès Médical* :

Voir les nos 47 de 1888 et 3 de 1889 pour l'analyse des communications de MM. Terrier, Pozzi, Trélat, Bouilly, Routier, Lucas-Championnière, faites à la *Société de Chirurgie*; analyse qui a été rédigée par nous avec détails. Consultez les notes. Voir aussi les autres journaux de Paris (*Semaine Médicale*, *Bulletin Médical* pour la même discussion).

G. — *Annales de la Société Médico-Chirurgicale de Liège:*

Voir 26e année, Liège 1887, p. 51.

H. — *Annales de Gynécol. et d'Obstétrique :*

1° Analyse de la Communic. de Kustner au *Congrès des Gynécologistes allemands* à Fribourg (12 juin 1889) et de la discussion qui suivit; in n° d'octobre 1889, p. 295. (Compte rendu très inexact.)

2° An. d'articles originaux nombreux ; in mai 1890. (Art. de Strong, p. 397 ; de Spaeth, p. 401 ; de Léopold (*Sam. Kl. Vort.*), p. 401 ; de Cuzzi, p. 402 ; de Præger, p. 402 ; de Thiriar, p. 405).

I. — *Gazette hebdomad. de Médecine et de Chirurgie :*

Analyse de la Communication de Kustner sous le titre de *Ventrofixation ;* in n° 40, p. 646, 4 octobre 1889.

J. — *Revue de Chirurgie :*

Analyse du travail de Léopold (*Samml. Klin. Votræge*); in 10 septembre 1889, p. 788.

II. — ARTICLES PARUS DANS LES JOURNAUX DE LANGUE ALLEMANDE

A. — *Centralblatt für die Medicinischen Wissenschafften:*

1° Schetelig. — *Ueber eine Radicaloperation zur Beseitigung der Retroflexio und Retroversio Uteri ;* in 5 juin 1869, n° 27 [1], p. 417 (Lettre écrite de Paris en mai 1869 à ce journal, dans laquelle est rapportée l'observation de Kœberlé, sans commentaires). (A lire.)

2° Analyse de l'article de Schauta ; in n° 5, page 95, 2 février 1889.

3° Analyse de l'article de Pozzi (*Gazette médicale de Paris*) ; in 11 mai 1889, n° 19, p. 349.

4° Analyse de l'article de Spaeth (*Deut. med. Woch.*, n° 37, 1889), in n° 5, 1 février 1890, p. 95.

B. — *Allgemeine Wiener medic. Zeitung :*

Observation de Kœberlé (au dire de Hégar et Kaltenbach) ; in n° 38, 1876.

C. — *Centralblatt für Gynækologie :*

1° Analyse des cas de Skene Keith et Kelly ; in p. 391, 478, 518, 1887.

2° Analyse des Mémoires de Schauta (*Prag. med. Woch.*) et de Howard Kelly (*Am. J. of the med. Sc.*); in n° 45, 10 novembre 1888, p. 732 et 740, par Withelm Fisch (de Prague) et Lühe (de Demmin).

3° Analyse des observations de Coe, sous le titre de *Retroflexio fixati geheilt durch Hysterorrhaphie ;* in n° 52, 1888, 29 décembre, p. 869.

4° Analyse de l'article de Ch. Lee (six cas) ; in n° 22, p. 387, par Engelmann.

[1] Et non pas n° 13, comme cela est indiqué par erreur dans la traduction française du Traité de Hégar et Kaltenbach.

5° Analyse de l'article de Bl. Edwards; in n° 20, p. 358, 18 mai 1889.

6° Analyse de l'article de L. Picqué (*Bull. Gen. Thérap.*, 15 janvier 1889); in n° 28, p. 496, par Richemann.

7° Analyse de l'article de Spaeth (*Deut. med. Woch.*); in n° 18, p. 334, par Graefe.

D. — *Deut. Mediz. Zeitung :*

Analyse de la communication de M. Terrier à la *Société de Chirurgie de Paris* et de la discussion qui suivit; in p. 121, n° 10, 4 février 1889.

E. — *International Klinische Rundschau :*

Analyse des communications faites à la *Société de Chirurgie de Paris ;* in p. 343, 24 février 1889, n° 8.

F. — *Tageblatt der Berliner Naturforscher-Versammlung :*

(Là sont les cas de Bardenheuer, Veit et Czerny, au dire de Reich; in 1886, p. 209 et 215.)

Nous n'avons pu retrouver cette feuille[1] à Paris.

G. — *Centralblatt für Chirurgie :*

1° Analyse de l'article de Czerny (*Beitr. f. Kl. Chir.*, B. IV, H. 1); in 30 mars 1889, p. 232, n° 13, par Garré. (Rien de nouveau).

2° Analyse de l'article de Picqué (communication à la *Soc. de Chirurgie : Bull. et Mém.*, t. XIV, p. 936), par Reichel (de Wurtzbourg); in n° 45, p. 816, 9 novembre 1889.

3° Analyse de l'article de Terrier (prolapsus utérin) (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, t. XIV, p. 889), par Reichel; in n° 45, p. 815, 9 novembre 1889.

4° Analyse de l'article de Boldt (*Med. Monatschrift*, New-York, 1889); in n° 45, p. 814, 9 novembre 1889, par Erbkam (de Gœrlitz.) (A voir.)

H. — *Deutsche medicin. Wochenschrift :*

1° Analyse de l'article de Léopold (*Samml. Klin. Vortræge*, n° 333); in n° 41, 10 octobre 1889, p. 853, par Fleischen. (An. très abrégée).

[1] Le *Tageblatt der Naturforscher-Versammlung* est un compte rendu succinct des communications faites aux divers Congrès des Médecins et des Naturalistes allemands; il se publie, au jour le jour, dans la ville où a lieu le congrès. Ce sont des sortes de feuilles volantes, comparables aux prospectus de l'*Association française pour l'avancement des Sciences.*

I. — *Wiene Medic. Presse :*

Analyse de l'article de Léopold *Samml. Kl. Vortr.*, n° 333); in n° 10, 9 mars 1890, p. 378 (inutile).

III. — ARTICLES PARUS DANS LES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE (AMÉRICAINS ET ANGLAIS).

A. — *The American Journal of Obstetrics :*

1° Analyse des mémoires de Sænger et Klotz (parus dans les premiers numéros de 1888 du *Centralblatt f. Gynækologie*) sous le titre de : *The operative treatment of retroversio-flexio uteri;* in p. 558, mai 1888.

2° Analyse du mémoire de Léopold (paru dans le n° 11 du *Centralblatt f. Gynækologie*) sous le titre de : *The cure of Retroflexio by stitching the fundus uteri to the abdominal Wall ;* in p. 1118, octobre 1888.

3° Analyse détaillée de l'art. de Léopold (*Samml. Klin. Vortræge*, n° 333) sous le titre de : *Ventral Fixation of the uterus* ; in août 1889, p. 895.

4° An. de l'art. de Spaeth (*Deut. m. W.*); in juin 1890, p. 671.

B. — *New-York Medical Journal* :

Ventrofixation ; in 2 mars 1889.

C. — *New-York Medical Record :*

1° *Hysterorrhaphy in uterine displacements*, par C.-C. Lee, 10 novembre 1888, p. 576. (Analyse de la communication de Lee à la *Société Obstétricale.*)

2° *Hysterorrhaphy, the new operation for displacements of the uterus* ; in n° 26, 29 décembre 1888, p. 576.

D. — *The American Journal of the Medical Sciences :*

1° Anal. de l'art. de Sænger (*C. f. Gyn.* 14 janv. 1888) (avec réflexions de l'auteur de l'analyse à voir) ; et de l'article de Koltz (*ibid.*) (avec réflexions à voir) ; in mars 1888, p. 325 et 327. — On trouvera dans ces deux analyses la mention des tentatives de Sims (hystéropexie extra-péritonéale) et de Polk (opération d'Alexander après laparotomie pour détacher les adhérences).

2° Anal. des autres articles de Sænger et de Koltz (avec réflexions à consulter : le procédé de Caneva serait dû à Sims); in avril 1888, p. 433 et 434.

3° Anal. de l'art. de Léopold (*C. f. Gyn.*, 17 mars 1888); in juin 1888, p. 646. (Rien de particulier.)

4° Analyse de l'article de Lee, sous le titre : *The Value of Hysterorrhaphy;* in février 1889, n° 2, p. 216.

5° Analyse de l'article de Bode (*Centralblatt fur Gynækologie*, 19 janvier 1889); in mars 1889, n° 3, p. 325.

6° Anal. de la comm. de Kustner au *Congrès des Gynéc. allemands* et de la discussion qui suivit (d'après *C. f. Gyn.*, 10 août 1889) sous le titre de : *Ventrofixation of the uterus*; in n° 4, octobre 1889, p. 437.

E. — *The International Journal of the Medical Sciences :*

Analyse de l'article de Schauta du *Prager med. Wochenchrift*, n° 29, 1888, sous le titre de *The treatment of Rétroflexion;* in *The Int. J. of. the Med. Sciences*, du mois de janvier 1889, n° 1, p. 106.

F. — *The London Medical Recorder :*

Analyse du cas de Picqué, par Gubb, sous le titre d'*Hystéropexie ;* in 20 février 1889, p. 54.

G. — *Occidental Medical Times* (de Sacramento) :

Anal. de l'art. de Strong (*Boston Medical Journal*, 1889); in décembre 1889, n° 12, p. 649.

H. — *Annals of Surgery* :

1° Anal. de l'art. de Czerny (*Beitr. für Kl. Chir.*); in septembre 1889, p. 234.

IV. — ARTICLES PARUS DANS LES JOURNAUX DE LANGUE ITALIENNE

A. — *Riforma Medica :*

Analyse détaillée de l'article de Sænger sous le titre de : *Cura operativa della Retroflessione dell' Utero ;* in n° 97, p. 582, 26 avril 1888.

B. — *Annali di Ostetricia e Ginecologia* :

Anal. de l'art. de Léopold (*Sam. Kl. Vortr.*) : *Sulla Ventrofissazione dell' utero retroflesso dopo il raddrizzamento ;* in février 1890, n° 2, p. 137.

Toute cette bibliographie ne se rapporte qu'à l'*Hystéropexie intra-péritonéale*. — Pour l'*Hystéropexie extra-péritonéale* et le *Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments utérins*, on trouvera toutes les indications bibliographiques, dans le cours de ce travail, à leurs places respectives.

Tous les travaux, y compris leurs analyses, cités dans ce long Index bibliographique — de même que ceux qu'on a trouvés mentionnés au cours de ce travail — ont tous été traduits *in extenso* par nous-même, sauf un certain nombre d'articles anglais, dont nous devons la traduction à nos amis, L.-R. Regnier, Chauvel, P. Mantel, etc., que nous sommes heureux de remercier ici de leur concours si dévoué. Nous avons pris soin d'indiquer les mémoires (5 ou 6 seulement) que nous n'avons pu nous procurer à Paris, malgré la richesse toute spéciale de la bibliothèque du *Progrès Médical*, seule bibliothèque où, chez nous, il nous ait été possible de consulter la presque totalité des journaux étrangers contemporains. Nous avons en outre profité des divers séjours à l'étranger pour traduire quelques mémoires introuvables dans les plus grandes bibliothèques parisiennes.

§ IV. — APPENDICE

HYSTÉROPEXIE INTRAPÉRITONÉALE

POUR

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS

Articles ayant trait à l'*Hystéropexie intrapéritonéale pour Prolapsus utérin* et postérieurs à la thèse de M. DUMORET[1].

J. THIRIAR. — *De l'hystéropexie contre le prolapsus utérin*; in *La Clinique* (de Bruxelles), 12 septembre 1889, n° 37, p. 577. (Une observation.)

[1] Analyses de la thèse de M. Dumoret dans divers journaux de médecine :

Baudouin (Marcel). — Laparo-hystéropexie pour prolapsus utérin ; in *Progrès Médieal*, n° 31, 3 août 1889.

Ricard (A). — In *Gazette des Hôpitaux*, 26 octobre 1889, p. 1126.

Ozenne. — Hystéropexie contre le prolapsus utérin ; in *Bulletin Médieal*, 8 janvier 1890, n° 3, p. 27.

Rieffel. — In *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, n° 2, 9 janvier 1890, p. 20. M. Rieffel rappelle que nous avons dénommé le premier la ventro-fixation : « Utéro-fixation abdominale antérieure. »

Puech. — In *Montpellier Médical*, p. 44, n° 1, 1890.

Vaton (A.). — Du traitement du prolapsus utérin ; in *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, n° 2, p. 15, 12 janvier 1890. (Reproduction des figures.)

Verchère. — In *Revue des Sciences Médicales*, 15 janvier 1890.

Middeldorpf. — In *Cent. für Gyn.* n° 5, p. 77, 1er février 1890.

X... — In *Gaz. Hebd. des Sc. Méd.*, n° 12, p. 143, 22 mars 1890.

Descourtis. — In *Rev. d'Hyg. Thér.*, avril 1890, p. 105.

Y .. — In *The med. and surg. Reporter*, 10 mai 1890, p. 562.

Z... — In *Ann. de Gyn.*, mai 1890, p. 400.

(Toutes ces analyses sont inutiles à consulter.)

P. DUMORET. — *Du Prolapsus utérin* (traitement chirurgical); in *Gazette des Hôpitaux* (revue générale), 30 novembre 1889, n° 137, p. 1245.

P. MULLER (de Berne). — Communication sur le *Traitement du Prolapsus* à la section de Gynécologie du *Congrès des Naturalistes et des Médecins allemands* à Heidelberg (septembre 1889); analysée avec détails in *Centr. für Chirurgie*, n° 1, 1890, 1er janvier, sous le titre : *Ueber ventrale Fixation des prolabirten Uterus*, p. 6. (M. Muller possède au total de douze à quinze observations d'hystéropexie pour prolapsus.)

FREUND (W.-A.) (de Strasbourg). — *Ueber eine operative komplicirter Uterusvorfælle* ; in *idem*, p. 7. (Plusieurs cas.)

FEHLING (de Bâle).— In *idem*, p. 9. (Deux cas de ventro-fixation pour prolapsus.)

Ces communications avaient été déjà plus brièvement résumées in *Centralblatt für Gynækologie*, n° 43, p. 747, 26 octobre 1889 ; mais on devra consulter ce dernier compte rendu, car la discussion y est mieux rédigée et plus complète. An. aussi in *Deut. med. Woch.*, n° 19, 1890, p. 416.

VEIT. — *Discussion* qui suivit la communication de Veit à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Berlin* (8 novembre 1889); analysée in *Centr. für Gyn.*, n° 49, p. 858, 1889. (Plusieurs cas anciens (Schrœder, Martin, etc.), non cités dans la Thèse de M. Dumoret. A voir.)

STONE (I.-S.). — *Some Gynæcological Work of the past Year.* (Un cas d'hystérorrhaphie pour prolapsus) ; in *Gaillard's medical Journal*, New-York, novembre 1889, n° 5, p. 442, volume XLIX.

POPKEN (Graf.). — *Der Uterus-Prolaps und seine Operations-methoden.* — Thèse de Wurtzbourg, 1889. (A consulter pour quelques opérations spéciales ; on n'y parle pas d'hystéropexie.)

TEMOIN (D.). — *Contribution à l'étude des prolapsus génitaux.* Thèse, Paris, 1889. (Rien de nouveau sur l'hystéropexie.)

DRUGESCU. — *Prolaps uterin, Cystocel vaginal. Isteropexie, Colporafie. Vindecare, Recidiva dupe* 3 *luni* ; in *Spitatul*, n° 12, décembre 1889, p. 594. Bucharest. Analysé in *Rivista di ostetricia e ginecologia*, n° 4, 28 février 1890, p. 63, par Cuzzoni. (Une observation.)

ASSAKY ET KIRIAC. — *Despre Hysteropexia in Prolapsul uterin* ; in *Clinica*, n° 1, p. 1, 1re année, 15 janvier 1890. Bucharest. (Obser-

vation communiquée déjà à la *Soc. de Chir.*, 1889. Il s'agit là d'une hystéropexie *extrapéritonéale* [1].)

ROUX (Lausanne).— *Ventro-fixation.* Communication à la *Société de Chirurgie*, séance du 4 décembre 1889, in *Bull et Mém. de la Soc. de Chir.*, décembre 1889. (Une observation, pour prolapsus probablement). (Voir Hystéropexie extrapéritonéale.)

KIRIAC (Bucharest). — *Doua casuri de prolaps total al uterului tratate prin Hysterorrhaphie;* in *Clinica*, 15 janvier 1890, n° 1, p. 5-9 (avec deux figures). (2 cas nouveaux d'hystéropexie, mode Olshausen-Sænger, dont l'un remonte à 1888 ; observations très bien prises et très intéressantes.)

TERRIER. — *Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat en* 1889 [1]. Comm. à la *Société de Chir.*, séance du 5 mars 1890; in *Progrès Médical*, n° 10, 8 mars 1890, p. 185. (Mention d'observations inédites d'hystéropexies pour prolapsus : 4 nouvelles opérations en 1889). — (A ajouter 2 nouvelles opérations en janvier, 1890 ; 2 en mai 1890 et deux en juin 1890. Avec les 3 citées par Dumoret, cela fait un total de 13 opérations.)

OTTO ENGSTRŒM. — *Ventro-fixation af prolaberad lifmoder;* in *Finska laeckaresællskapets Handlingar;* (Transactions de la Société médicale finnoise), T. XXXII, n° 3, mars 1890, p. 172-182 ; avec résumé en français par l'auteur, même numéro, p. 13-14. (Analyse assez détaillée par F. Eklund in *Gaz. de Gynécologie*, 1er juin 1890, n° 95, T. V, p 173.)

WYDER (Zurich). — *Ventro-fixation de l'utérus prolabé* [2]. Présentation d'une malade opérée au 35e *Congrès des Médecins suisses à Zurich* (30-31 mai 1890) ; analysée in *Progrès Médical*, n° 23, 7 juin 1890, p. 460.

VATON. — *Etude comparative des différents traitements du prolapsus utérin.* Thèse de Bordeaux, 1890 (avec figures ; un procédé

[1] Récemment M. Assaky a fait une hystéropexie *intra-péritonéale* pour un prolapsus compliqué de rétroflexion légère. (Communication écrite). Cette observation, de même que le cas III de Terrier pour prolapsus et l'observation de M. Segond (Obs. XXIV et XXV de la thèse de Dumoret), aurait pu à la rigueur être placée dans nos tableaux. Nous n'avons pas cru devoir le faire, parce que c'était le *prolapsus* qui dominait, au point de vue clinique.

[2] Dans le *Corr. bl. f. Schw. Aerzte*, 1 juill. 1890, n° 13, p. 428, on dit qu'il s'agit d'une *Rétroflexion* et non d'un *Prolapsus* de l'utérus.

nouveau ; pas d'observation nouvelle). Anal. in *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux,* n° 16, 27 avril 1890, p. 149 ; et in *Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*, 7 juin 1890, n° 23, p. 276.

A. HEYDENREICH. — *De l'Hystéropexie* (analyse détaillée de la thèse de M. Dumoret); in *Semaine Médicale,* n° 11, 12 mars 1890, p. 82. (Anal. in *Medic. Press and Circular*, 19 mars 1890, p. 303). (Rien de nouveau ; inexactitudes.)

FAUCON (de Lille). — *Note sur un nouveau cas de suture dans l'Hystéropexie.* Communication à l'*Acad. royale de Médecine de Belgique.* Citation dans les *Bulletins de l'Acad. roy. de Méd.*, IVe série t. IV, n° 3, 1890, séance du 29 mars, p. 170. Analyse du rapport de M. Deneffe sur cette communication, à *l'Acad. roy. de Méd.*, séance du 26 avril 1890, in *Presse Médicale belge*, 4 mai 1890, n° 18, p. 283. Travail publié *in extenso* in *Bull. de l'Ac. roy. de Méd. de Belg.*, p. 282. (Une observation; procédé nouveau.)

PRÆGER. — Voir article dans l'*Index pour Rétrodéviations utérines.* (Deux observations nouvelles.)

DEBRUNNER. — Voir in *Idem*. (Une observation nouvelle.)

AUDRY (Ch.) (de Lyon). — *Note sur 3 observations pour prolapsus utérin.* (Sous presse ; paraîtra prochainement dans le *Progrès Médical.*) (Procédé Terrier modifié. [1])

[1] Nous remercions M. Audry d'avoir bien voulu nous communiquer à l'avance son intéressant travail. — MM. de Valcos (Mételin, Turquie, É. Blanc (de St-Etienne) (une obs.), M. Montprofit (Angers) (un cas) et Léon Tripier (Lyon) (Deux obs.) auraient fait des Hystéropexies intrapéritonéales pour Prolapsus (Terrier, communication orale ; Audry, communication écrite et mémoire ci-dessus, et Montprofit, communication orale).

III. — OBSERVATIONS

OBSERVATIONS INÉDITES

Nous n'avons pas cru devoir rapporter ici *in extenso* la relation des observations d'hystéropexies pour rétrodéviations, publiées avec détails à l'étranger, quoique nous les ayons toutes traduites de la façon la plus complète. De même nous n'avons pas cru nécessaire de réunir ici celles qui sont éparses dans la littérature française. Les lecteurs n'ont qu'à se reporter à nos deux tableaux d'ensemble; ils y trouveront tous les renseignements nécessaires pour l'étude de l'hystéropexie.

Les treize observations relatées ci-dessous sont inédites; nous les devons à l'obligeance de ceux de nos maîtres dans les hôpitaux qui ont bien voulu s'intéresser à ce travail. Elles ont d'ailleurs été analysées, elles aussi, à leurs places respectives, dans nos deux tableaux synoptiques.

OBSERVATION I

(Lucas-Championnière, Cas I.) (Inédite [1].)

Rétroversion utérine adhérente. — Hystéropexie type.

D..., Mathilde, femme B..., chapelière, trente ans. — Entrée le 21 novembre 1888.

Trois accouchements ; une fausse couche. — Douleurs au moment des règles ; pesanteur dans le petit bassin ; gêne pendant la marche.

[1] Nous remercions M. le Dr J. Lucas-Championnière d'avoir bien voulu nous remettre les diverses observations qu'il a pris la peine de rédiger lui-même.

Rétroversion utérine ; utérus gros.

Opération le 26 *novembre* 1888. — Incision sous-ombilicale L'utérus est difficile à attirer en avant.

Trois fils sont placés dans la paroi abdominale antérieure et traversent l'aponévrose : ils sont noués en même temps que la suture péritonéale.

L'opérée sort le 21 décembre 1889, en très bon état. On sent l'utérus au niveau de la paroi abdominale.

Cette malade est revue fort souvent depuis son opération. Elle reste très bien guérie. Utérus absolument en place, antéfixé (décembre 1889).

OBSERVATION II

(Routier, Cas I.) (En partie inédite [1].)

Rétroflexion de l'Utérus. Ovaire kystique à droite. — Ovariotomie unilatérale. — Fixation du pédicule à la paroi abdominale. — Grossesse consécutive; accouchement normal. — Guérison maintenue.

L. P..., femme de ménage, vingt-quatre ans, entre à l'hôpital le 16 novembre 1888 (hôpital Laennec).

Antécédents. — Réglée à dix-sept ans et demi, assez péniblement, avec phénomènes hystériformes.

Première grossesse à vingt et un ans. Accouchement à terme d'un enfant mort. Elle commence à souffrir dans le ventre. — Soignée dans un service de médecine pour une maladie utérine avec les pointes de feu, elle en sort améliorée.

Deuxième grossesse et accouchement à terme en juin 1887. — Douleurs un peu augmentées dans le ventre. Règles tous les mois avec avances et trop abondantes; pertes rouges intercalaires.

Pertes blanches abondantes, continuelles, dans l'intervalle.

État actuel. — Femme d'assez bon aspect, quoique maigre ; elle a dû quitter tout travail à cause de ses douleurs.

Au palper, douleurs dans la fosse iliaque gauche ; col à fente transversale. Utérus de moyen volume, peu mobile, douloureux En arrière et à gauche, tumeur arrondie, accolée à l'utérus, très douloureuse ; même sensation au toucher rectal ; la masse, prise entre le doigt vaginal et la main abdominale, a le volume d'une grosse orange. Rien à droite.

[1] Nous remercions M. le Dr Routier d'avoir bien voulu nous communiquer cette observation *princeps*, d'une importance capitale (*Grossesse à terme*). Elle est citée in *Bull. de la Soc. Chir.* et Dumoret (thèse).

Opération le 1er *décembre* 1888. — Tumeur profondément cachée dans le pelvis à gauche. M. Routier ne peut arriver à sentir le fond de l'utérus. Il accroche la tumeur médiane avec l'extrémité du doigt et l'utérus se relève tout d'un coup *comme un ressort*. Les annexes sont saines à gauche. — L'ovaire est kystique à droite, gros comme une orange. On l'enlève ; le pédicule est fixé ensuite au bas de l'incision abdominale par le dernier crin de Florence de la suture.

Pendant l'opération, M. Gampert pratique le toucher vaginal : il peut constater la disparition de la tumeur sentie quand l'utérus a été défléchi et sa reproduction quand on réfléchit de nouveau l'utérus. L'utérus relevé n'a pas de tendance à se replier en arrière et paraît garder tout seul sa position normale. Aussi M. Routier ne fait-il qu'un simple point de suture au crin de Florence pour le retenir. — Chloroforme des plus difficiles : bronchorrhée abondante. M. Routier a perdu vingt-neuf minutes entre l'incision de la peau et l'ouverture du péritoine à cause du chloroforme.

Le péritoine ouvert, perte encore de douze minutes. Durée totale : quarante-deux minutes.

Suture au crin de Florence. Pansements à l'iodoforme.

Aides : MM. Gambert, Arnould et Brézard.

Suites opératoires. — Pas la moindre. Les premières règles ont duré deux jours et sont venues le 27 décembre.

Sortie, le 4 janvier 1889, de l'hôpital.

Revue le 24 avril 1889 : utérus en bonne situation *et en état de gravidité.*

Revue le 31 octobre : *accouchement* d'un garçon.

Le 10 novembre 1889, quand elle sort de l'hôpital : *l'utérus est en bonne position.*

Revue le 10 décembre 1889. Très bon état ; l'utérus est bien en place. Depuis, elle ne souffre plus et nourrit son garçon. Utérus en très bonne position.

OBSERVATION III

(L.-Championnière, Cas II.) (Inédite.)

Rétroflexion utérine. — Hystéropexie type.

B..., Martine, femme R..., fleuriste, 28 ans. — Entrée le 21 novembre 1888.

Souffre depuis deux mois. Station debout impossible. Utérus gros. Rétroflexion utérine.

Opération le 10 *décembre* 1888.

Incision sous-ombilicale. 4 catguts à travers la paroi abdominale antérieure et l'aponévrose.

Sortie le 5 janvier 1879.

Revue en janvier et juillet 1889 : douleurs légères à gauche. Fixation restée parfaite.

OBSERVATION IV

(Bazy, Cas I.) (Inédite [1].)

Rétroflexion et rétroversion de l'utérus. — Hystéropexie type.

Mme Dnn..., Marie, âgée de trente-deux ans, entre le 13 décembre 1888, salle Gosselin, n° 1, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Bazy, chirurgien suppléant.

Antécédents. — Il y a trois ans, une fausse couche de huit mois. A partir de cette époque, cette malade a commencé à se plaindre de douleurs dans le ventre et est tombée dans un état anémique inquiétant. Séjour d'un mois à l'Hôtel-Dieu en 1887, pour cette anémie.

A sa sortie de l'hôpital, elle reprend ses occupations d'infirmière; mais, à partir d'août 1888, les douleurs abdominales s'accentuent. La malade se plaint d'une sensation de pesanteur dans le petit bassin ; les douleurs du bas-ventre augmentent avec les mouvements ou lors d'efforts notables, par exemple lorsqu'il s'agit d'accomplir un travail pénible, de soulever un fardeau assez lourd. — Nouveau séjour à l'Hôtel-Dieu.

La malade entre ensuite à l'hôpital Saint-Louis.

Etat actuel. — Douleurs continuelles dans le ventre ; elles sont accentuées par la marche. Métrorrhagies assez fréquentes; mais pas de pertes blanches. La miction n'est pas troublée. Selles régulières. Perte d'appétit.

Dans le décubitus dorsal, les douleurs s'accentuent. Insomnie assez souvent, par suite de l'intensité des douleurs ; pour les calmer, la malade est obligée parfois, la nuit, de s'asseoir sur son lit ou de se lever.

[1] Nous devons cette observation, rédigée par M. Dardel, à l'obligeance de M. le Dr Bazy. Ce cas est celui qui est mentionné dans la statistique de M. Le Dentu, communiquée à la *Société de Chirurgie* (1890, 23 avril).

L'introduction du spéculum est très douloureuse. Au toucher vaginal, on sent une masse dure et arrondie dans le cul-de-sac postérieur, fort douloureuse à la pression. Si, en appuyant sur le col utérin, on cherche à en modifier la position, on détermine une douleur vive.

Au toucher rectal, on sent l'utérus couché sur la face antérieure du rectum.

Pendant une quinzaine de jours, tampons vaginaux à la belladone. Un vésicatoire sur l'abdomen, à droite. Aucun soulagement.

Opération le 9 *janvier* 1889, dans l'amphithéâtre ordinaire de l'hôpital. — Incision de la paroi abdominale, sur une longueur de 8 millimètres environ. Recherche de l'utérus, qui est amené facilement contre la paroi.

Deux premiers fils (crin de Florence) sont placés sur la racine utérine de chaque ligament rond. Ces ligaments sont ainsi fixés aux plans péritonéal et musculaire des lèvres de l'incision abdominale.

Puis deux autres fils sont posés sur la paroi antérieure de l'utérus. L'aiguille traverse successivement les plans profonds de la lèvre gauche de l'incision (muscles et péritoine), puis le tissu même du muscle utérin, enfin les plans profonds de la lèvre droite de l'incision. Un deuxième fil est passé de la même façon un peu au-dessus du premier.

Ceci fait, les extrémités gauches des deux derniers fils sont nouées ensemble ; puis les extrémités droites sont reliées et unies de la même manière. De cette façon, la face antérieure de l'utérus est soulevée et appliquée directement contre la paroi abdominale antérieure, sans qu'il se forme de pli entre les deux surfaces utérine et abdominale.

Pendant toute cette manœuvre, l'utérus est maintenu redressé et relevé par le doigt d'un aide introduit dans le vagin.

Suture en surjet à double étage des tissus de la paroi abdominale, sauf la peau. Suture superficielle au crin de Florence. — Pas de drainage ; pansement iodoformé.

Suites opératoires. — Malade placée dans la salle commune. 10 janvier : état général bon, mais photophobie très accentuée, obligeant à placer le lit de la malade dans une obscurité complète. Pas de douleurs abdominales ; ventre souple. — 11. Dans la nuit du 10 au 11, vomissements. Glace. Etat local bon ; ventre souple et indolent. — 12. Les vomissements continuent. Etat

local bon. Jusque-là, température oscillant autour de 37° 6. — 13. température S., 38° 6. (Dimanche). Les vomissements cessent. — 14. Température S., 38° 2. Les six jours suivants, la température oscille entre 37° 6 et 38° 2, et l'opérée ne prend guère que de la glace et de la bière. — 15. L'appétit est revenu ; la malade prend quelque nourriture. — 18. On enlève les fils. La plaie est réunie par première intention.

Le 22, le pansement est remplacé par un bandage de corps et de la ouate. La malade a repris des forces. Etat local bon.

Le 30, résultat opératoire complet. Le résultat thérapeutique paraît excellent; à la palpation abdominale, on sent l'utérus appliqué contre la paroi abdominale. Le toucher vaginal montre que le col est soulevé. Aucune douleur dans les culs-de-sac vaginaux. Mictions normales. Pas de rétention ni d'incontinence d'urine, ni d'envies fréquentes d'uriner.

Malade revue le 28 février. Pas de distension de la cicatrice; utérus en place, bien soulevé et en antéversion.

Revue le 2 avril : ne souffre pas du tout; a repris son service d'infirmière depuis un mois et le fait régulièrement quoiqu'il soit fatigant. Utérus en bonne position. Cicatrice très solide.

Revue le 25 juin : l'utérus est en légère antéversion, comme à l'état normal. Depuis un mois, cette malade éprouve quelques pincements dans le bas-ventre, ayant coïncidé avec un peu de diarrhée.

Au toucher bi-manuel, elle éprouve un peu de douleur le long du bord droit de l'utérus, sans qu'on constate rien à ce niveau. Cicatrice solide; pas d'éventration.

Revue le 9 novembre : l'utérus est toujours en bonne position.

En *janvier* 1890 : pas de changements.

OBSERVATION V

(Quénu, Cas I.) (Inédite) [1].

Ovarite chronique double. Névropathie. Rétroversion utérine. — Castration. Hystéropexie complémentaire. — Guérison presque complète.

Mme P..., âgée de quarante ans, n'ayant jamais eu d'enfants,

[1] Observation qu'a bien voulu rediger pour nous notre cher maître, M. le Dr Quénu.

souffre depuis longtemps dans le ventre et dans les reins au moment des époques ; elle est du reste névropathe et a des antécédents héréditaires nerveux. Il y a plus de deux ans, ces douleurs se sont aggravées et ont nécessité un séjour au lit de plusieurs semaines.

Au moment où M. Quénu a vu la malade pour la première fois, en décembre 1888, son état général était des moins satisfaisants.

État actuel en décembre 1888. — Mme P... souffre énormément depuis huit mois surtout; elle a subi, sans aucun bon résultat, une série de traitements, tels que les cautérisations, les injections prolongées, les vésicatoires sur le ventre, l'application de cautères, l'absorption de médicaments antispasmodiques, l'hydrothérapie, etc.

Depuis près de trois mois, la *vessie* est frappée de *paralysie*. Le cathétérisme, fait matin et soir, a déterminé de la *cystite* et occasionné tant de douleurs qu'on est obligé à chaque fois de pratiquer une injection de morphine. Les urines sont rares, alcalines et très pauvres en urée. L'exploration du ventre étant excessivement douloureuse, M. Quénu pratique l'examen de la malade sous le chloroforme. Il constate alors que les ovaires sont un peu plus gros et que l'utérus est en complète *Rétroversion*.

La malade vint à ce moment à Paris et M. Quénu la montra à M. Terrier. En présence de l'intensité des douleurs locales et de leur recrudescence au moment des règles, étant donnée l'augmentation de volume manifeste des ovaires, étant donnée surtout l'impuissance des autres traitements qui n'avaient pas pu améliorer un état général inquiétant, M. Quénu et M. Terrier se décidèrent à proposer la castration.

Opération. — Elle est pratiquée en *janvier* 1889. On trouve des ovaires augmentés de volume et kystiques. L'utérus est fixé par un point de suture (catgut) à la paroi abdominale, la castration étant terminée.

Suites opératoires. — Le soir même, la malade urine seule; la température reste normale pendant les huit ou neuf premiers jours et l'état est des plus satisfaisants.

Le neuvième jour, au moment d'un léger déplacement, la malade est prise d'accidents graves d'*embolie pulmonaire*. La température s'élève à 38°5. Tout rentre cependant dans le calme et huit à dix jours après une toute petite collection de liquide huileux à peine louche s'ouvre spontanément à l'extrémité inférieure de la

plaie abdominale. Il est vraisemblabie que le catgut, insuffisamment aseptique, a été cause de la *phlébite* observée.

La malade eut pendant plus de cinq semaines des *douleurs névralgiques, le long du sciatique gauche*. Elle souffrit surtout dans les orteils, tandis que les douleurs étaient modérées dans la *veine fémorale thrombosée* et n'existaient qu'à la pression.

Mme P... est sortie guérie de la maison de santé deux mois et demi après son opération.

M. Quénu l'a revue un an après. Depuis cette époque, elle n'a éprouvé *aucun trouble de la miction;* ses douleurs n'ont jamais reparu avec l'intensité extrême qu'elles avaient avant l'opération. Elles consistent surtout en quelques douleurs de reins au moment présumé des époques. Les règles ne sont survenues qu'une fois.

A plusieurs reprises, Mme P... a eu des poussées douloureuses dans la *jambe gauche* et le long de la cuisse.

En outre toute une série de *troubles digestifs* se sont montrés à trois ou quatre reprises différentes depuis un an; ils ont coïncidé toujours avec une diminution dans la quantité de l'urine excrétée en vingt-quatre heures (jamais d'albumine). Il semble s'agir là d'une sorte d'*hystérie toxique*. L'examen de l'utérus pratiqué un an après l'opération a permis de constater le maintien de l'organe en antéversion.

Réflexions. — Trois points méritent d'être mis en relief dans cette observation, ainsi que nous l'a fait remarquer M. Quénu :

1° Les troubles très sérieux, désignés par M. Quénu sous la dénomination d'*Hystérie toxique*, mais qui n'ont rien à voir avec notre sujet ;

2° La disparition rapide des *troubles vésicaux* (paralysie vésicale) après l'opération ;

3° La pathogénie de l'*embolie pulmonaire* qui s'est produite le neuvième jour. — Nous avons au cours de notre travail fait ressortir, à leurs places respectives, l'intérêt de ces deux dernières remarques.

OBSERVATION VI

(Lucas-Championnière, Cas III.) (Inédite.)

Rétroversion utérine. Lésions des annexes probable. — Hystéropexie type. (Annexes saines.)

Marthe, femme F..., sans profession. Salle d'isolement, n° 24, adressée par M. le Dr Conzette, ancien interne des hôpitaux.

Rétroversion utérine.

Douleurs périutérines très prononcées. On suppose donc qu'elle a des lésions des annexes.

Opération en 1889 (au début de l'année).

Incision sous-ombilicale. Utérus en rétroversion complète, attiré en avant avec difficulté. Fil double *vertical* près du fond; en dessous deux fils doubles horizontaux et un simple. Au cours de la laparotomie on constate que les ovaires sont indemnes et on se contente de faire la fixation.

Succès parfait.

Revue le 18 juin. L'utérus est bien fixé. Il n'y a plus de douleurs. Bonnes nouvelles en janvier 1890.

OBSERVATION VII

(Picqué, Cas VI.) (Inédite [1].)

Rétroflexion et rétroversion utérine adhérentes.— Ablation de l'ovaire droit. Hystéropexie complémentaire. — Guérison.

La nommée Mathilde J..., trente et un ans, entre le 24 mars 1889, salle Pascal A, lit n° 4, dans le service de M. le Dr Picqué, suppléant M. Pozzi.

Antécédents. — Les antécédents héréditaires et personnels de cette malade ne présentent rien de notable; elle n'a jamais été malade depuis l'âge de onze ans et demi; elle a toujours été réglée d'une façon régulière.

Début de la maladie. — A l'âge de vingt-cinq ans, grossesse normale ; accouchement à terme sans complications ultérieures. La

[1] Nous remercions M. le Dr Picqué d'avoir bien voulu nous communiquer cette observation.

malade se lève au septième jour: depuis lors elle se plaint de souffrir constamment dans le bas-ventre sans pouvoir localiser d'une façon spéciale le siège de ses douleurs. Toutefois, au dire de la malade, les douleurs semblent depuis un an s'être localisées du côté droit.

Etat actuel.— Les douleurs sont vives, surtout au moment des règles; dans l'intervalle elles sont tolérables et se traduisent principalement par une sensation de gêne et de pesanteur au niveau de la région sacrée.

De plus la malade accuse, depuis la même époque, des métrorrhagies fréquentes provoquées par la moindre fatigue et le plus petit effort. L'écoulement d'ailleurs, quelle que soit son abondance, s'arrête immédiatement dès que la malade reste couchée. Pas de leucorrhée.

La malade est pâle, anémiée. L'examen du poumon et du cœur donne un résultat négatif.

L'appétit est resté bon et les fonctions digestives s'accomplissent bien.

Le 27 mai, M. Picqué pratique l'examen sous le chloroforme et reconnaît l'existence d'une *Rétroversion avec rétroflexion irréductible*, sans lésions appréciables des annexes.

Le fond de l'utérus occupe le cul-de-sac de Douglas, et on ne peut l'en déplacer; l'angle que le corps utérin fait avec l'axe du col est très aigu. Pas de lésions appréciables du col.

La palpation de l'utérus ne provoque aucune douleur. Les douleurs et les métrorrhagies semblent être sous la dépendance de la déviation. M. Picqué propose l'hystéropexie, qui est acceptée par la malade.

Opération pratiquée le 12 *avril* 1889. — Préparatifs ordinaires. Chloroformisation. Incision de la paroi abdominale dans une étendue de trois centimètres, permettant la simple introduction de deux doigts. L'utérus est facilement débarrassé des nombreuses adhérences qui le fixent en arrière. Ce premier temps de l'opération donne lieu à une légère hémorrhagie rapidement arrêtée par la compression. — L'ovaire droit atteint de dégénérescence polykystique est enlevé.—L'utérus, débarrassé de ses adhérences, est attiré par son sommet et maintenu dans l'angle inférieur de la plaie abdominale au moyen d'une pince de Museux. On le fixe à la paroi abdominale par cinq points de suture séparés, faits à la soie : quatre points latéraux, deux à droite et deux à gauche et un point médian au niveau de l'extrémité inférieure de l'incision.

— Sutures à quatre places de la paroi abdominale. — Pansement iodoformé ordinaire.

Suites opératoires. — Dans la soirée, douleurs très vives dans tout l'hypogastre. Pas de vomissement. Température 37°6. Cathétérisme.

Le 14, douleurs moins vives. Nuit assez bonne. La malade urine seule. Température M., 37°2 ; S., 37°8. — Les 15 et 16 rien à noter ; les douleurs s'atténuent progressivement. Température normale. — Le 17, la malade accuse une sensation de gêne douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite; il existe un léger empâtement à ce niveau; une sonde canelée introduite dans l'angle inférieur de la plaie donne lieu à quelques gouttes d'un liquide séro-purulent. Un drain est placé à ce niveau. — Le 30 avril, élimination d'un fil, qu'on suppose être celui du pédicule ovarien; car, aussitôt après l'élimination, l'empâtement diminue et le trajet fistuleux se ferme.

La malade quitte l'hôpital le 9 mai, l'utérus étant parfaitement fixé à la paroi. — Elle n'a pas été revue depuis cette époque.

Note de M. Picqué. — Il est fâcheux que nous n'ayons pu constater le résultat thérapeutique de notre opération. Je tiens à faire remarquer qu'il existait de nombreuses adhérences qui n'avaient pu céder au traitement manuel; cette particularité anatomique que j'ai pu constater dans mes opérations antérieures m'a fait d'ailleurs abandonner systématiquement ce mode de traitement; de plus une adhérence a provoqué, par sa rupture, une hémorrhagie légère qui a cessé rapidement à la compression du reste, mais qui aurait pu présenter de sérieux inconvénients dans le cas du traitement manuel.

OBSERVATION VIII

(Pozzi, Cas I.) (Inédite.)

Rétroversion adhérente de l'utérus. Endométrite. — Curetage utérin. Hystéropexie type.

Maria H..., âgée de trente-six ans, entre à l'hôpital Pascal, service de M. le Dr Pozzi.

Antécédents excellents. — Pas de maladies antérieures. Réglée à quatorze ans; de tout temps, les règles ont été normales. Leu-

corrhée légère. Pas de grossesse ni de fausse couche; du reste la malade est vierge.

Début de la maladie actuelle. — Il y a quatre ans, la malade ressentit quelques *douleurs* dans l'abdomen, d'abord intermittentes, se montrant au moment des règles pour disparaître avec elles, ou bien encore après une fatigue, une longue marche; ces douleurs devinrent continues après deux ou trois mois. Elles étaient caractérisées surtout par une sensation de faiblesse dans les reins dominant la scène; mais il y avait aussi de vives douleurs dans tout l'hypogastre, accusées surtout à gauche. Ces douleurs avec irradiations dans les cuisses, vers la région lombaire revêtaient un caractère tout particulier d'acuité deux ou trois jours avant les règles ou après une fatigue.

Règles pas plus abondantes que d'habitude. Jamais de métrorhagies. Par contre, écoulement leucorrhéique.

Cet état durait depuis dix-huit mois quand la malade consulta M. le Dr Doléris, qui fit le diagnostic de *Rétroversion adhérente* avec endométrite cervicale.

Il pratiqua successivement l'opération d'Alexander, le curetage utérin et l'amputation du col, d'après le procédé de Schrœder[1].

La malade prétend n'avoir ressenti aucun soulagement de ces opérations.

Un an plus tard, elle revoit M. Doléris, qui lui fit une restauration du col ; malgré cette opération, les douleurs persistèrent et s'aggravèrent.

Aussi, deux mois après la dernière intervention de M. Doléris, la malade vint-elle consulter M. Pozzi qui la fit entrer à l'hopital Pascal.

Etat actuel. — Au toucher, le col est derrière le pubis ; le fond de l'organe, qui est légèrement fléchi, repose dans le cul-de-sac de Douglas où le maintiennent de solides adhérences. Tous les efforts pour les rompre ont échoué.

On constate de plus un catarrhe utérin, très abondant. La cavité utérine donne à l'hystéromètre 7 centimètres.

Les lèvres du col sont irrégulières, déchiquetées. Rien dans les annexes, bien qu'une douleur extrêmement vive au niveau des

[1] M. Doléris a publié, avec beaucoup de détails, le commencement de cette observation. Consultez à cet effet : Doléris. — *Pathogénie et traitement des déviations utérines* ; in *Nouvelles Arch. d'Obstétr. et de Gyn.*, 25 mars 1890, n° 3, p. 108 et 111.

annexes gauches ait fait penser à priori à une propagation possible à la trompe de ce côté.

Le diagnostic posé, *rétroversion irréductible* avec endométrite.

On se décide à faire la ventro-fixation, après avoir fait un curettage de la cavité utérine.

Opération le 18 *avril* 1889.

La veille, bain, purgation, lavement comme d'habitude ; le soir, grande injection vaginale avec la solution de sublimé au 1/1000, suivie d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

Le matin de l'opération, la malade est rasée ; la paroi abdominale est soigneusement désinfectée, d'abord au savon puis à l'éther, enfin au sublimé. Le vagin est de nouveau lavé à la solution de sublimé ; la malade est sondée.

Anesthésie facile. L'opération commence à 9 h. 35. M. Pozzi fait d'abord le *curetage* utérin ; puis le vagin est bourré de gaze iodoformée de façon à élever l'utérus et à le rapprocher le plus possible de la paroi abdominale.

La *laparotomie* commence à 9 h. 45.

Incision sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et du pubis, d'une longueur de 5 centimètres. L'utérus grêle est refoulé à l'aide d'une compresse.

L'utérus est facilement débarrassé des adhérences qui le fixent dans le cul-de-sac de Douglas. Ce premier temps de l'opération donne lieu à une *hémorrhagie* légère, rapidement arrêtée au moyen d'une compresse momentanément placée dans le cul-de-sac.

M. Pozzi explore les annexes et constate dans le ligament large gauche, au-dessous de la trompe, un petit *kyste* de la grosseur d'une aveline, à parois lisses et transparentes. Il l'enlève et suture la plaie du ligament large par trois points de surjet à la soie ; les annexes droites sont normales.

L'utérus est alors saisi par son sommet au moyen d'une pince de Museux et attiré dans l'angle supérieur de la plaie abdominale. La pince qui le maintient est confiée à un aide. M. Pozzi le fixe alors à la paroi abdominale par le procédé suivant.

Le fil à suture employé pour fixer l'utérus est de la soie n° 2. Avec un long fil de cette soie, il fait d'abord un premier surjet profond qui comprend le péritoine et l'aponévrose profonde, comme lors de toute laparotomie ; mais en ayant soin de comprendre dans ce surjet la face antérieure de l'utérus. Précisons : l'aiguille armée d'un fil de soie n° 2, conduite de gauche à droite,

perfore successivement l'aponévrose postérieure du muscle droit sur l'une des lèvres de la plaie, puis le péritoine, enfin la paroi antérieure de l'utérus sur la ligne médiane pour ressortir sur l'autre lèvre en traversant le péritoine et l'aponévrose du muscle droit du côté opposé.

En résumé, l'utérus fut ainsi fixé par six points de suture de soie à la moitié supérieure des bords de la plaie abdominale.

Le premier plan profond de suture terminé, M. Pozzi le termina comme dans une laparotomie ordinaire, c'est-à-dire qu'avec le même fil de soie, il fit, au-dessus du premier, un second surjet comprenant les muscles droits et leur aponévrose antérieure. Ce fil fut noué après qu'on eut touché les lèvres de la plaie à la solution phéniquée forte.

Au-dessus de ces premiers plans de sutures, M. Pozzi plaça comme d'ordinaire, à 1 centimètre et demi de distance environ les uns des autres, des points séparés de grosse soie, qu'il fit sortir à deux bons travers de doigts de chaque côté de l'incision abdominale (sutures de soutènement). Il ne les noua qu'après avoir mis en place et fixé les points de suture superficiels, faits avec de la soie très fine et comprenant seulement la peau.

Pansement iodoformé ordinaire.

Durée de l'opération : trente-cinq minutes.

La malade est sondée et le tamponnement vaginal laissé en place.

Suites opératoires. — Dans l'après-midi, deux vomissements muqueux. Champagne glacé. La malade se plaint d'une sensation de tiraillement, de pesanteur à l'hypogastre. Température 38° 4. Nuit bonne.

19 avril. Température 37° 2 ; la malade va très bien et urine seule.

Les douleurs abdominales ont déjà disparu.

23. — Pansement. Réunion par première intention.

26. — On enlève les fils de fermeture de la plaie.

Pendant douze jours, on renouvelle tous les deux jours le tamponnement vaginal en ayant bien soin de placer le tampon entre le col et la paroi inférieure du vagin, de façon à faire à l'utérus un coussin sur lequel il repose.

18 mai. Règles qui durent quatre jours sans la moindre douleur.

23. — La malade commence à se lever. L'utérus est parfaitement fixé à la paroi abdominale. Le col regarde en bas et en

arrière. Les douleurs n'ont pas reparu. Il persiste une sensation de pesanteur quand la malade a marché ; mais cette sensation disparaît à son tour.

31. — La malade sort de l'hôpital ne souffrant plus. L'utérus est solidement adhérent à la paroi abdominale. Toutefois le col regarde un peu en avant. Il semble que la partie de l'utérus non fixée se soit incurvée de façon à présenter une concavité antérieure, probablement sous les efforts de la distension de la vessie.

OBSERVATION IX

(Pozzi, Cas II.) (Inédite [1].)

Rétroversio-flexion irréductible pure. — Hystéropexie type.

Marguerite D... (D.-R.), vingt-sept ans, entrée le 10 avril 1889, à l'hôpital Pascal, service de M. le Dr Pozzi.

Antécédents. — Réglée à treize ans d'une façon régulière. A vingt et un ans, leucorrhée qui a duré un an. Pas de grossesse.

Débuts de la maladie. — En juin 1885, cette malade aurait eu des rapports avec un homme trop fort (*sic*); à partir de ce jour-là, alors qu'elle était très bien portante, elle aurait éprouvé une sensation de pesanteur au niveau des organes génitaux, ainsi que des douleurs dans les cuisses, parfois les reins et le bas-ventre. Ces douleurs persistent encore.

Etat actuel. — Les douleurs ressenties par la malade sont surtout accusées par la marche ou lors d'une fatigue quelconque. Elles ont les caractères décrits précédemment.

Pas de métrorrhagies; règles normales, un peu de leucorrhée.

En mars 1889, la malade avait consulté M. le Dr Labadie-Lagrave, qui avait diagnostiqué une rétroflexion de l'utérus.

Le 3 mai, *examen sous le chloroforme* par M. le Dr Pozzi.

Col un peu abaissé et dirigé légèrement en avant. L'exploration bi-manuelle révèle la présence du corps de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus est absolument enclavé dans le petit bassin ; en longeant la face postérieure du col on sent manifestement à l'union du col et du corps, l'angle de flexion. Ce cas paraît être surtout un cas de *Rétroversio-flexion utérine*. Par le toucher

[1] Nous prions M. le Dr Pozzi de vouloir accepter tous nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu nous confier ses cahiers d'observations. Notre travail était sous presse quand M. Pozzi a publié un résumé de ces deux observations. (Voyez *Ind. Bibl.*, 1890.)

rectal, on sent très bien le corps de l'utérus qui refoule le rectum. La rétroflexion est absolument *irréductible*.

Les annexes sont saines; le col de l'utérus est tapiroïde; l'orifice externe très petit est celui d'une multipare; il n'y a pas de lésions cervicales.

Opération le 6 *mai* 1889.

Le 5 mai la malade avait été purgée.

Incision de quatre travers de doigts. Après ouverture de la cavité abdominale, on constate que la vessie remonte très haut, ce qui occasionne une certaine difficulté dans les recherches du fond de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus est saisi au moyen d'une pince de Museux et amené à l'orifice abdominal, après rupture préalable des adhérences dans le petit bassin.

M. le Dr Pozzi fixe l'utérus à la paroi abdominale par procédé décrit. *Il comprend dans le surjet, destiné à fermer le péritoine, le corps de l'utérus*, suivant une ligne passant par le milieu du fond et de la face antérieure de l'organe. Ce surjet, outre l'utérus et le péritoine, comprend les aponévroses et les muscles droits[1]. La plaie opératoire est fermée finalement par un deuxième plan de sutures profondes et superficielles à la soie. Le vagin est bourré de gaze idioformée, surtout dans le cul-de-sac postérieur, afin de maintenir l'utérus dans sa nouvelle situation.

Suites opératoires. — 6 mai, température 38°.

7-9 mai. Quelques vomissements muqueux. Pas de météorisme. Gaz rendus par l'anus. Lavement (6 cuillerées de vin de Bordeaux avec 2 cuillerées de glycérine). La température ne dépasse pas 37°5'.

10. — De temps en temps, encore quelques vomissements. Léger péritonisme; lavement. Température 37°6. Un tube de caoutchouc est placé dans l'anus, afin de faciliter l'évacuation des gaz.

12. — Température 38°2. On défait le pansement. Les trois dernières sutures superficielles sont enlevées et l'on fait sourdre une cuillerée à café de pus.

13. — La suppuration s'est étendue en profondeur. La plaie est bourrée de gaze idioformée. Quelques points du surjet profond ont cédé et, en attirant le fil de soie, on trouve des grumeaux de pus qui lui sont accolés.

[1] Le surjet, fait par M. Pozzi dans ces deux cas, correspondait en somme à 6 points de sutures (mode Czerny-Terrier), si nous en croyons le schéma de l'opération qui était dessiné sur le cahier d'observation.

Cette suppuration est due à une infection par le fil de soie mal aseptisé [1].

17. — Pansement fait tous les jours depuis le 13 mai.

21. — La suppuration commence à se tarir. L'utérus se maintient en bonne position.

OBSERVATION X

(Poncet, Lyon), (Cas I.) (Inédite [2].)

Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Prolapsus et Rétroversion de l'utérus. — Hystéropexie type.

Mme C..., âgée de cinquante-six ans, a eu cinq enfants. Depuis trois ans, elle se plaint de douleurs, de tiraillements dans le ventre, qu'elle attribue à une chute incomplète de l'utérus.

Les pessaires sont très mal supportés et la malade entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, réclamant une opération.

Etat actuel. — A l'examen, on constate que le col ulcéré dépasse la vulve de 3 centimètres environ ; la réduction qui est facile, provoque quelques douleurs. On remarque alors, par le toucher vaginal et par le toucher rectal, que l'utérus est volumineux. Il est le siège d'un fibrome du volume d'une mandarine, développé dans la paroi postérieure. L'utérus, basculé en arrière, est en rétroversion.

Opération le 1er *juillet* 1889. — Hystéropexie par deux fils de soie, pénétrant à 15 ou 20 millimètres des bords du péritoine, de manière à avoir une large surface péritonéale en contact avec la face antérieure de l'utérus. Les fils sont distants de 15 millimètres ; l'un deux est à l'union du sommet de l'utérus et de la face anté-

[1] Opération faite pendant un congé de M. Pozzi. La soie n'avait pas été récemment bouillie. Cela prouve qu'il faut absolument avoir de la soie aseptique et non que le procédé du surjet soit mauvais. (Communication écrite de M. Pozzi). — Nous sommes tout à fait de cet avis et il est aujourd'hui inutile — heureusement ! — de discuter davantage sur ce point.

[2] M. le Dr Poncet (de Lyon) a bien voulu rédiger pour nous cette observation ; nous lui adressons tous nos remerciements. — Le cas est plutôt, en somme, une hystéropexie pour prolapsus symptomatique ; mais comme la rétroversion était assez prononcée, nous avons cru pouvoir le faire rentrer dans notre sujet. D'ailleurs M. Poncet, qui l'avait cité dans une de ses dernières statistiques (*Congrès de l'Associat. fr. pour l'avanc. des Sc.*, août 1889), avait alors intitulé cette observation : *Hystéropexie pour Rétroversion.* (Voir Index bibliographique.)

rieure; le second répond directement au milieu de la face antérieure.

Gros tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

SUITES OPÉRATOIRES. — Suites très simples. La malade quitte l'Hôtel-Dieu, trois semaines après l'opération. L'utérus ne descend plus. L'opérée se trouve guérie et refuse tout pessaire.

Cette malade a été revue cinq mois après l'opération ; elle n'accusait aucun malaise. Le prolapsus et la rétroversion ne s'étaient pas reproduits, ainsi qu'on put s'en assurer par le toucher vaginal.

La malade a quitté Lyon et on ne sait ce qu'elle est devenue.

OBSERVATION XI

(TERRIER, Cas IV.) (Inédite [1].)

Endométrite. Rétroversion utérine adhérente. Salpingo-ovarite gauche. Salpingo-oophorectomie gauche. — Hystéropexie complémentaire. — Guérison.

Mme H..., Joséphine, femme G..., âgée de vingt-neuf ans, journalière, entrée le 5 juillet 1889 salle Chassaignac, n° 6 *bis*, à l'hôpital Bichat.

ANTÉCÉDENTS. — Réglée à treize ans, sans accident, cette malade n'a jamais rien éprouvé du côté du ventre jusqu'à cette année. Les règles revenaient tous les mois et duraient cinq jours; assez abondantes dans les trois premiers jours surtout, elles venaient sans douleurs et ne s'accompagnaient point de caillots. Pas de pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Mariée il y a quinze mois, elle est devenue grosse presque immédiatement.

Le 19 avril dernier, après avoir ressenti des douleurs pendant toute une journée, elle accouche assez facilement d'un enfant du sexe masculin. Les suites des couches ne présentèrent tout d'abord rien de spécial ; le neuvième jour elle se leva et reprit ses occupations de ménagère.

Pendant le mois qui suivit l'accouchement, elle perdit en rouge presque constamment et assez abondamment. Au bout de ce temps, l'écoulement changea de caractère ; il devint roussâtre, puis blanc jaunâtre, exhalant une odeur assez fétide.

Cet écoulement a cessé depuis trois semaines ; mais, au même

[1] Observation rédigée par notre ami, M. le Dr HARTMANN, prosecteur de la Faculté.

moment, la malade fût prise de douleurs abdominales et obligée de s'aliter pendant quatre jours. A ce moment, les douleurs diminuèrent un peu, en même temps que survenait le retour des règles qui duraient quatre jours.

Il persiste depuis lors, c'est-à-dire depuis quinze jours environ, des douleurs abdominales, de la courbature générale; puis les douleurs se sont localisées dans l'aine droite où elles ont persisté jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. Dès que celle-ci se levait un peu, elle souffrait ; et, dès qu'elle voulait marcher, elle se sentait fatiguée. Les douleurs devenaient assez intenses pour l'empêcher de dormir pendant le mois qui a suivi.

A part ces accidents, la malade a toujours joui d'une bonne santé. Pas d'autres grossesses.

État actuel le 7 *juillet* 1889. — Au lit, la malade ne souffre pas ; le ventre est souple et la pression ne réveille de douleurs qu'au niveau de la partie interne de la fosse iliaque droite.

Au toucher, le col est abaissé ; il regarde en avant et. dans le cul-de-sac postérieur, on trouve le corps de l'utérus en *Rétroversion*.

On peut exagérer cette rétroversion au point d'amener le col à regarder directement en avant ; par une manœuvre inverse *on réduit facilement la déviation*, sans provoquer la moindre douleur et l'on ramène l'utérus dans une attitude normale.

Le fond de l'utérus est cependant sensible à la pression. En arrière du col, manifestement séparé de lui par un sillon, on trouve, au fond du cul-de-sac vaginal postérieur, une tuméfaction ferme, douloureuse à la pression.

En combinant ce toucher avec le palper abdominal, il est facile de constater qu'il existe là une tumeur allongée transversalement, du volume d'une grosse amande, douloureuse, mobile, nettement indépendante de l'utérus.

Au toucher rectal on note les mêmes particularités ; le fond de l'utérus est dans la cavité du sacrum, et à côté de lui on trouve une petite tumeur.

Le périnée est assez bon ; il existe cependant un peu de *rectocèle* et de l'*uréthrocèle*. Le col utérin présente une déchirure bilatérale, surtout marquée du côté droit avec ectropion de la muqueuse et écoulements muqueux de la cavité du col.

Il n'y a pas de troubles de la miction ni de la défécation.

Opération le 20 *juillet* 1889, par M. Terrier[1]. — Ouverture de la

[1] Cette partie de l'observation a été rédigée avec les notes personnelles de M. Terrier et celles de M. Hartmann.

cavité péritonéale sous l'ombilic. La paroi saigne peu; quelques pinces sont placées. Le péritoine ouvert, on ne trouve pas d'adhérences du grand épiploon.

L'utérus est en rétroversion complète; son fond, *contrairement à ce qu'on devait supposer* (et à ce qu'on supposa en réalité), était fixé par de *nombreuses et solides adhérences* à la paroi antérieure du rectum. La réduction de la déviation s'obtenait certainement par un soulèvement des tuniques rectales (Hartmann). — Les annexes des deux côtés sont unies de même, soit au rectum, soit aux anses voisines de l'intestin grêle par des tractus celluleux peu vasculaires, mais multiples. Lors de leur déchirure avec le doigt, ils donnent la sensation du cri de l'étain ou de la neige qu'on froisse.

Les annexes du côté gauche sont malades : l'ovaire partiellement kystique, la trompe enflammée ; toutes les deux sont entourées de fausses membranes ; on les enlève après libération complète. A droite, les annexes saines sont respectées.

On libère aussi l'utérus de ses adhérences au rectum. Cet utérus est congestionné, très mou, volumineux et turgide.

Le sang étant épongé, on l'attire en haut et en avant, en le soulevant le plus haut possible au niveau de la plaie abdominale. Trois points de suture au catgut fixent sa face antérieure aux deux lèvres de cette plaie qu'ils rapprochent en même temps. Un premier fil, de moyen calibre, est passé en deux points de la paroi antérieure de l'utérus, comme un faux-filé, puis de chaque côté dans la paroi abdominale, sauf la peau. Même manœuvre pour deux autres fils plus gros, et choisis ainsi parce que les trous faits par l'aiguille de Reverdin saignaient assez abondamment.

Ces fils sont noués de bas en haut.

Ceci fait, on suture le péritoine au-dessus de l'utérus par trois points de catgut; puis toute la paroi avec du crin de Florence. Durée de l'opération : une demi-heure.

Suites opératoires. — Elles ne présentèrent rien de spécial, en dehors de l'apparition dès règles le 22. — Dès le 21, lendemain de l'opération, le malade rendait des gaz par l'anus, et jamais elle n'a cessé de se porter comme si on ne lui avait rien fait.

Le 12 août, elle quittait l'hôpital guérie. La température n'a monté à 37°,8 que le lendemain soir de l'opération. Tout le reste du temps, elle a oscillé entre 37°,4 et 37°.

Réflexions. — Nous appelons l'attention sur la constata-

tion faite, au cours de l'intervention, par notre ami, M. Hartmann. La remarque, qu'il a consignée dans son observation, montre qu'il n'est pas toujours possible de différencier cliniquement une *rétroversion mobile* d'une *rétroversion adhérente et réciproquement* [1], chose qui pourtant, de par la théorie, avait toujours paru des plus faisables. Si ce cas peut convaincre un certain nombre de chirurgiens de l'énorme difficulté qu'il y a à porter sur le vivant un diagnostic *précis* pour les affections du petit bassin les plus simples (*diagnostic vérifié par l'opération*), nous croirons avoir rendu un léger service à la séméiologie utérine en insistant sur cette très intéressante remarque de M. Hartmann.

OBSERVATION XII

(Lucas-Championnière, Cas IV.) (Inédite.)

Rétroflexion de l'utérus mobile. — Hystéropexie type. — Persistance des douleurs (ovarite chronique double). *Castration. — Guérison.*

T..., Justine, femme M..., femme de ménage, trente ans. — Entrée le 24 juin 1889.

4 enfants, 1 fausse couche. Douleurs latérales depuis le dernier accouchement. *Rétroflexion* de l'utérus, *réductible*.

Opération le 22 *juillet* 1889.

Incision sous-ombilicale. Utérus en rétroflexion; redressé et suturé à la paroi par trois paires de fils traversant sa paroi antérieure et l'aponévrose. Les ovaires, *examinés avec grand soin*, paraissent absolument sains. Pas la moindre lésion apparente.

Sortie le 7 septembre 1889.

Suites opératoires. — Revue le 30 novembre 1889. Continue à souffrir. Cependant l'utérus est resté manifestement en place. Constatant ces douleurs persistantes et une notable sensibilité ovarienne, M. L. Championnière se décide à faire une *castration*. Il enlève les ovaires le 3 février 1890.

[1] Voir l'Observation N° 72, T. I (Léopold, Cas VI): on diagnostiqua un utérus fixé et rétrofléchi; or, le fond de l'utérus était mobile et encastré seulement dans une sorte de poche, formée par les annexes malades et les adhérences péri-utérines.

Il constata alors *une adhérence utéro-abdominale* [1], en forme de *faux* très solide.

L'ovaire droit était manifestement atteint de *maladie kystique*. L'ovaire gauche paraissait sain. M. L. Championnière l'enleva comme le premier. A la coupe, il présentait lui aussi tous les caractères de l'ovarite kystique.

Réflexions. — M. Championnière pense que cette dernière opération aura guéri définitivement cette malade, chez laquelle les douleurs abdominales dépendaient certes moins d'un déplacement très marqué que de l'altération ovarienne, non reconnaissable même à l'examen direct, lors de la première intervention.

OBSERVATION XIII

(Routier, Cas II.) (Inédite.)

Rétroflexion de l'utérus mobile. — Hystéropexie type.

Mme H..., âgée de vingt et un ans, journalière, entre le 11 septembre 1889, dans le service de chirurgie de l'hôpital Laennec. Actuellement elle y est encore, guérie, mais elle y suit un traitement hydrothérapique [2]. Elle était à la Crèche, chez Mme Damaschino, depuis plusieurs mois; M. Routier l'y avait examinée plusieurs mois auparavant.

Antécédents. — Réglée à dix ans; premier accouchement à seize ans, à la suite duquel il persiste une douleur à droite.

Deuxième accouchement à vingt ans, il y a maintenant vingt-deux mois. Elle se lève huit jours après. Depuis lors, douleurs abdominales constantes que la marche exagère. Irradiations vers les reins et les cuisses. — Règles régulières, avec pertes de sang intercalaires. Selles régulières; *mictions fréquentes*. — Col gros, irrégulier, bosselé, douloureux à la pression. Mobilisation de l'utérus fort difficile ou impossible. Tumeur dure, immobile, remplissant le cul-de-sac postérieur, séparée près du col, par un léger sillon, Impossible de sentir par la palpation le fond de l'utérus, qui est

[1] C'est la seconde fois que pareille constatation est faite sur le *vivant* (Byford, 1er cas). D'ailleurs, il n'y a pas encore eu d'autopsie de femmes hystéropexiées depuis longtemps (Marcel B.).

[2] Ceci quand M. Routier nous a remis cette observation, il y a quatre mois et demi environ.

donc dans le cul-de-sac postérieur. A droite, douleurs à la pression dans le cul-de-sac ; à gauche, masse indurée qui se continue avec le fond de l'utérus, difficile à en séparer, et qui est douloureuse. Les essais de mobilisation de l'utérus sont très douloureux. Hystérométrie impossible. Essais à trois reprises de redresser l'utérus sans succès (pas d'anesthésie, il est vrai).

Comme M. Routier venait d'opérer une malade qui avait les mêmes symptômes et à qui il avait trouvé des adhérences énormes avec pyosalpingites, il fit ici le diagnostic de *rétroflexion irréductible par salpingites.*

Opération le 14 *décembre* 1889. — L'utérus est rétrofléchi, le fond penchant à gauche, *sans la moindre adhérence.* M. Routier le relève facilement; les *annexes sont saines* des deux côtés. Il fixe le fond de l'utérus avec *un* simple fil de gros *catgut* qui perfore muscles et séreuse des deux côtés, au bas de l'incision abdominale, et traverse la paroi antérieure près du fond de l'utérus. M. Routier ne place qu'un seul fil, parce qu'il lui semble que l'utérus est resté facilement antéversé et fixé. Sutures au crin de Florence. Pansement à l'iodoforme.

Aides : MM. Reblaud, Gauly, Bonnaud.

Durée : vingt minutes, tout compris.

Suites opératoires des plus simples : *disparition des phénomènes*

Le 28 janvier, utérus bien en place ; on le constate à l'hystéromètre.

OBSERVATION XIV

(Terrier, Cas V.) (Inédite [1].)

Salpingo-ovarite suppurée à gauche. Salpingo-ovarite droite. — Salpingo-oophorectomie double. Hystéropexie complémentaire pour utérus gros, en battant de cloche (destruction des ligaments larges).

Dominica, S..., vingt-huit ans, couturière, entre le 10 mai 1890, salle Chassaignac, n° 10, à l'hôpital Bichat.

Antécédents. — *Antécédents héréditaires.* Père mort à trente-deux ans (fluxion de poitrine) ; mère morte de fièvre cérébrale (?) à quarante-trois ans.

Antécédents personnels. Cette malade a toujours été d'une santé délicate. Manifestations strumeuses dans son enfance. A dix-huit

[1] L'observation clinique est due à notre collègue et ami, M. Calot, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

ans, a été soignée, dit-elle, pour le carreau (?) (ventre gros, douleurs abdominales, amaigrissement). Elle aurait gardé le lit pendant trois mois et ne se serait remise qu'après un traitement qui a duré deux ans. Depuis l'âge de vingt ans, à la suite de ce traitement, sa santé a été un peu meilleure. Réglée à quinze ans, ses menstruations ont toujours été peu abondantes et douloureuses. Ni enfants, ni fausses couches.

La maladie qui l'amène à l'hôpital date de neuf mois. A cette époque son abdomen est devenu douloureux sans cause appréciable et les douleurs, surtout marquées au niveau de l'hypogastre, sont devenues bientôt très pénibles. Peu après le début de ces phénomènes douloureux, elle a perdu un liquide muco-purulent par le vagin. Cet écoulement est devenu nettement *purulent* après quelques semaines ; il était continu. Bientôt il s'est ralenti spontanément et a complètement disparu depuis six mois. Mais les douleurs ont persisté ; elles sont même devenues plus vives dans les fausses iliaques et s'irradiaient dans les lombes et les membres inférieurs. L'état général s'altérait de plus en plus et la malade, fort inquiète, est venue dans les premiers jours de mai 1890, neuf mois après le début des accidents, réclamer des soins chirurgicaux.

Etat actuel. — A l'examen fait avec soin le 30 mai on note les phénomènes suivants. Le palper, assez difficile en raison de la sensibilité exquise du ventre, ne révèle rien autre chose qu'un léger empâtement dans la partie gauche de la cavité pelvienne, empiétant sur la moitié interne de la fosse iliaque de ce côté. Par le toucher vaginal, on arrive sur une masse très nette dans le cul-de-sac latéral gauche. L'on peut même, en s'aidant du palper, circonscrire une tuméfaction arrondie du volume d'une grosse orange qui paraît située dans l'épaisseur du ligament large. Cette tumeur donne la sensation de tuméfaction profonde, peu nette d'ailleurs. Elle se prolonge sur le fond de l'utérus et l'immobilise en partie contre la face antérieure du sacrum. A droite le cul-de-sac n'est pas tout à fait libre ; il existe un empâtement douloureux de ce côté, mais pas de collection nettement délimitée.

Diagnostic : *Salpingite gauche; lésions des annexes à droite.*

Opération le 31 *mai* 1890 [1]. — Incision sous-ombilicale. Paroi abdominale normale. Pas d'adhérence antérieure de l'épiploon. Les intestins refoulés vers le diaphragme à l'aide de compresses

[1] Cette partie de l'observation a été rédigée par nous-même ; nous assistions à l'opération.

stérilisées, on sent du côté gauche, une tumeur fluctuante grosse comme la tête d'un fœtus à terme. On la ponctionne. Issue de presque un litre de pus extrêmement fétide. Il s'agit d'une salpingite gauche suppurée, formant kyste; l'ovaire a disparu au milieu des adhérences extrêmement intimes qui unissent la tumeur aux parois du bassin, au rectum et aux ligaments larges. L'énucléation de cette trompe suppurée est extrêment laborieuse et exige l'emploi de pinces à griffes nombreuses pour arrêter les hémorrhagies qui se font par les vaisseaux des ligaments larges. Elle empiète sur la paroi postérieure de l'utérus. A droite, lésions analogues, mais moins considérables. On enlève les annexes à droite comme à gauche.

Ceci fait, on a un *utérus libre et flottant* dans la cavité pelvienne. Il est gros, congestionné et saigne très facilement. Son fond surtout est augmenté de volume, au niveau du point d'insertion des trompes. Si on l'abandonne à lui-même dans le petit bassin, son poids l'entraîné d'un côté ou de l'autre, aussi bien latéralement qu'en arrière ; ce qui se comprend facilement, car les ligaments larges, en partie détruits lors de l'extraction très difficile des tumeurs salpingiennes, ne le maintiennent plus à sa place habituelle. Il ressemble tout à fait à un battant de cloche, en équilibre instable au fond d'une cloche retournée, formée ici par la cavité du bassin.

M. Terrier se résout alors à le fixer à la paroi abdominale antérieure, de façon à créer à cet utérus des ligaments artificiels, pour remplacer les ligaments normaux qui ont été détruits. L'hystéropexie antérieure semble tout indiquée, car les ligaments ronds sont peu solides, désinsérés à leur extrémité utérine et les ligaments utéro-sacrés solides (pas de tendance au prolapsus).

M. Terrier fait l'hystéropexie par son procédé; mais en raison du peu de tendance qu'à l'utérus à se déplacer quand on l'a mis en bonne position, de l'absence de rétrodéviation et de prolapsus antérieurs, il se borne à le fixer par un seul fil de soie. L'utérus saigne un peu, lors du passage de l'aiguille de Reverdin; mais l'hémorrhagie s'arrête vite.

L'abdomen est fermé comme d'habitude. Drainage.

Suites opératoires [2]. — Pendant les quatre premiers jours, le drain ne laisse écouler qu'une minime quantité de sérosité puru-

[1] Nous n'insistons pas à dessein sur tout ce qui a rapport à l'intervention sur les annexes.

[2] D'après des notes cliniques dues à M. Calot.

lente et la température se maintient entre 38° et 39°. La malade accuse un état de malaise très pénible.

Le cinquième jour, on enlève les fils fermant l'incision et placés au-dessus du drain. Immédiatement s'écoule par l'orifice du drain une cuillerée de pus environ. Ce pus est franchement phlegmoneux ; il était collecté dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

A la partie inférieure de la plaie, se montre sous forme d'une ligne noirâtre entourée d'une traînée purulente le fil de soie placé sur l'utérus. Il se détache sous une faible traction. Le pansement est fait avec le plus grand soin.

Dès le lendemain, la température était redevenue normale ; tout malaise avait disparu. La plaie détergée avait très bon aspect.

Depuis ce jour, T. 37°. Pas d'accidents. Actuellement (23 juin 1890), drain très petit. Ecoulement presque nul.

Réflexions. — Cette observation est intéressante, à notre point de vue, pour deux motifs : 1° l'indication qui a déterminé M. Terrier à faire l'hystéropexie, à savoir la *destruction chirurgicale des ligaments utérins* au cours d'une Salpingo-oophorectomie très compliquée ; 2° l'élimination du fil fixateur au cinquième jour par suite de la formation d'un abcès à son niveau. On peut discuter sur la pathogénie de cet abcès ; mais en somme, il n'y a que deux suppositions à faire : 1° infection préalable du fil de soie fixateur, ce qui ne nous paraît pas admissible, n'ayant remarqué aucune faute d'asepsie au cours de l'opération à laquelle nous assistions ; 2° infection du fil par le pédicule des annexes enlevées et suppurées, pédicule qui fut insuffisamment désinfecté. C'est à cette seconde hypothèse que nous nous rattachons.

Cette malade va guérir, mais l'utérus va-t-il rester fixé en avant ? A l'heure actuelle, on n'en sait rien.

A notre avis, au point de vue de la fixation, cette observation ne démontrera rien. En effet si l'utérus ne tombe pas en rétrodéviation, on ne saura pas si cela sera bien dû à la fixation temporaire et aux adhérences qu'elle aura pu provoquer, car l'hystéropexie n'a été faite dans ce cas que pour un utérus *flottant*.

B. — HYSTÉROPEXIE

EXTRA-PÉRITONÉALE

OBSERVATIONS

On trouvera, résumées ci-dessous, toutes les observations d'*Hystéropexies extra-péritonéales pour Rétrodéviations utérines* que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

Nous n'avons que trois observations inédites; elles sont dues à M. Assaky. Malheureusement elles ont trait au *Prolapsus de l'utérus* et ne rentrent que très indirectement dans notre sujet; si nous les publions ici, c'est uniquement parce qu'elles sont inédites[1].

[1] Pour la bibliographie, voir dans le texte. (Ch. II, § II.)

A. — HYSTÉROPEXIES EXTRAPÉRITONÉALES

Pour Rétrodéviations de l'Utérus.

OBSERVATION I

(KALTENBACH) (Traduction.)

Rétroflexion mobile incurable. — Hystéropexie extra-péritonéale.

Femme de quarante-cinq ans, atteinte d'une rétroflexion incurable avec flaccidité considérable des parois abdominales très amincies. Troubles du côté du rectum.

OPÉRATION. — Incision longue de 6 centimètres, commençant au-dessus de la symphyse pubienne et suivant la ligne blanche. Incision des parois jusqu'au péritoine, qui n'est pas ouvert.

Un aide refoule alors l'utérus *très mobile* vers la plaie en introduisant un doigt dans le cul-de-sac vaginal postérieur. De cette façon, on peut, en toute sécurité et sans le moindre danger pour la vessie, suturer solidement le péritoine sur le corps de l'utérus, à l'aide d'une *suture en capitons*. Une *suture circulaire* complète cette sorte de matelassage. Ceci fait, l'utérus, au préalable accolé au péritoine, est fixé par quatre fils d'argent, placés à droite et à gauche, au périoste de la symphyse pubienne.

SUITES OPÉRATOIRES. — La malade, de suite après l'opération, fut délivrée de ses douleurs. L'utérus est jusqu'à présent resté bien maintenu; à l'heure actuelle (huit semaines après l'opération) le résultat plastique obtenu est très satisfaisant.

OBSERVATION II

(Crespi, Cas I.) (Résumée.)

Rétroversion et rétroflexion au troisième degré de l'utérus fixé. (Congestion utérine, métrorrhagies.) — *Hystéropexie extra-péritonéale. — Guérison.*

Mazarelli (Amabile di Andrea), trente ans, mariée, ayant eu plusieurs enfants, paysanne, entrée à l'hôpital S. Giacomo le 8 décembre 1888, lit n° 43.

Antécédents. — Depuis son dernier accouchement qui remonte à quelques années, elle ne jouit pas d'une bonne santé ; douleurs dans la région lombaire, s'exagérant à l'époque des règles ; métrorrhagies continuelles. La marche n'est possible qu'à la condition de se courber fortement en avant.

Etat actuel. — Anémie profonde ; rien aux poumons. Paroi abdominale facile à déprimer et permettant le palper des organes abdominaux. Périnée affaissé ; cicatrice profonde à la commissure postérieure de la vulve ; colonne postérieure du vagin un peu prolabée. L'utérus est un peu abaissé, le col dirigé en avant, gros, douloureux. Le corps de l'utérus est dans l'excavation du sacrum immobile, douloureux à la pression. Hystérométrie, 4 centimètres. L'exploration combinée montre bien qu'on a affaire à une *rétroversion* et à *une rétroflexion* de l'*utérus fixé.*

Pendant quelque temps, repos absolu dans la position génu-cubitale et dans la position latérale ; injections vaginales tièdes.

8 décembre : Première tentative de réduction par le vagin.
12 — Autre tentative, en s'aidant du toucher rectal.
16 — L'utérus est devenu un peu mobile ; il semble se redresser. Emploi de la sonde utérine.
19 — Utérus complètement redressé et facile à antéverser à l'aide de la sonde intra-utérine. On peut l'appliquer contre la paroi abdominale antérieure.

Opération le 21 *décembre* 1888. — Anesthésie par le chloroforme. Incision musculo-cutanée sur la ligne blanche entre le pubis et l'ombilic, d'une longueur de 7 centimètres. L'utérus est tenu relevé à l'aide de la sonde pendant toute la durée de l'opération.

A travers le péritoine, on applique sur le fond de l'utérus, accolé à la paroi abdominale antérieure, trois points de suture de soie stérilisée et deux points de catgut. Ces deux dernières sutures, après avoir traversé le fascia propéritonéal, furent passées encore à travers les bords des muscles grands droits.

Le fond de l'utérus fut fixé environ à 4 centimètres du bord supérieur du pubis. La plaie musculo-cutanée fut fermée par une suture à points séparés et en surjet.

Pansement antiseptique.

Suites opératoires. — Très bonnes ; pas de température.

2 janvier 1889. — Pansement. Réunion parfaite, soulevée seulement en un point, un peu douloureuse à la pression (léger exsudat).

14 janvier. — La malade se lève ; pas de douleurs. L'utérus est maintenu en parfaite antéversion ; l'exploration n'est pas douloureuse.

16 janvier. — Les *règles surviennent* et ne sont pas douloureuses.

La malade sort guérie ; il persiste seulement un peu de prolapsus de la paroi postérieure du vagin.

Il y a quelques jours, l'opérée se portait encore très bien (1890).

OBSERVATION III

(Crespi, Cas II.) (Résumée.)

Rétroversion et rétroflexion de l'utérus au deuxième degré. — Hystéropexie extra-péritonéale.

Amalia, Térésa, trente-quatre ans, née à Caluso (province de Turin), habitant Rome, mariée, entrée à l'hôpital S. Giacomo le 31 mars 1889.

Rétroversion et rétroflexion de l'utérus.

Opération le 18 *avril* 1889. — L'hystéropexie extra-péritonéale est faite comme dans le cas I. L'utérus est fixé au péritoine par quatre points de suture ; deux d'entre eux sont noués sur les bords des muscles droits.

Suites opératoires. — Très bonnes. — Premier pansement le 19 avril. Réunion parfaite.

Sortie de l'hôpital le 1er mai 1889, parfaitement guérie.

OBSERVATION IV

(Crespi, Cas III.) (Résumée.)

Rétroversion au troisième degré de l'utérus. Dysménorrhée grave. — Hystéropexie extrapéritonéale.

Allegretti, Adèle, trente et un ans, de Monte-Compatri (province de Rome), femme de chambre, nubile, entrée à l'hôpital S. Giacomo le 18 avril 1889.

A chaque époque menstruelle, douleurs très graves avec convulsions hystériformes. Elle souffre depuis trois ans; à la suite d'un effort violent, elle éprouva une violente douleur dans l'abdomen, « comme si quelque chose se cassait », et à partir de ce moment ressentit constamment des douleurs vives dans le ventre.

Opération le 28 *avril* 1889. — Hystéropexie extra-péritonéale par le procédé décrit.

Suites opératoires — Très régulières. Le 10 mai, les règles reviennent durant cinq jours et ne sont accompagnées d'aucune douleur.

Sortie de la malade le 22 mai 1889.

OBSERVATION V

(Crespi, Cas IV.) (Résumée.)

Rétroflexion au troisième degré de l'utérus. Phénomènes réflexes graves. — Hystéropexie extra-péritonéale.

Giulia B..., di Raffaelo, 32 ans, née à Rome, mariée, sans enfants, de condition aisée.

Antécédents. — Elle souffre depuis quelques années de graves troubles dysménorrhéiques, accompagnés très souvent d'attaques convulsives intenses avec pesanteur sur le périnée; constipation, faiblesse générale, etc. Soins variés. Elle est vue pour la première fois par M. Crespi en 1887 : utérus gros, atteint de métrite chronique interstitielle, en rétroflexion très marquée; au palper on délimite facilement son fond; l'hystérométrie est impossible. Traitement : repos absolu dans la position génu-cubitale et latérale; injections vaginales tièdes; ergotine et iodure de potassium.

On commence la réduction graduelle de l'utérus de la façon

habituelle. En moins d'un mois, l'utérus est parfaitement réduit et peut être maintenu en bonne position par un pessaire de Hodge.

La malade est perdue de vue, alors qu'elle ne souffre plus au moment des règles.

En mars 1889, la malade est revue par M. Crespi ; elle raconte que pendant l'année 1888 elle s'est considérée comme guérie ; mais bientôt les phénomènes morbides ont réapparu, ont été constamment en croissant, et ont fini par atteindre leur intensité première.

L'exploration vaginale fait alors constater que l'utérus est de nouveau retombé en rétroflexion. M. Crespi propose la cure radicale à l'aide de l'hystéropexie extra-péritonéale ; la malade accepte.

Opération. — L'utérus fut fixé par trois points de sutures, dont l'un en catgut traverse les bords des muscles droits.

Suites opératoires. — Neuf mois après l'opération, Mme G. B... continue à se porter très bien. Son utérus est toujours fixé en antéversion forcée et aucun des phénomènes morbides, qui auparavant tourmentaient tant cette malade, n'a reparu.

B. — HYSTÉROPEXIES EXTRA-PÉRITONÉALES

Pour Prolapsus de l'Utérus.

OBSERVATION I

(ASSAKY, Cas II.) (Inédite [1].)

Prolapsus utérin. — Hystéropexie sans laparotomie [2].

Hinca Gavril, 30 ans, fermière.

ANTÉCÉDENTS. — Réglée à quinze ans : menstruation régulière, durant trois jours, non accompagnée de douleurs, ni de leucorrhée. Mariée à vingt ans. A vingt-cinq ans, premier enfant à terme; accouchement long et difficile, suivi de métrorrhagies qui durent environ trois semaines. Au bout de deux ans et demi, nouvel accouchement ; ces couches-ci sont normales, mais s'accompagnent également d'une perte qui dure une quinzaine. (La malade est à la campagne, loin des secours médicaux.) Enfin, en mai 1887, troisième accouchement ; le travail dure deux jours et une nuit. Après l'accouchement, une voisine lui pratique la compression du bas-ventre en plaçant au-dessus de la symphyse un corps dur et volumineux qu'elle fixe au moyen d'une ceinture hypogastrique fortement serrée (moyen populaire pour arrêter les méthrorrhagies *post partum* et hâter l'involution de l'utérus [3].)

La malade se lève le troisième jour après l'accouchement ; elle constate à cette occasion la présence d'une tumeur faisant saillie entre les grandes lèvres, tumeur du volume d'une orange. La

[1] Le Cas I de M. ASSAKY est celui qui a été communiqué à la *Société de Chirurgie* de Paris ; il est publié *in extenso* dans *La Clinica*, 15 janvier 1890. — Nous répétons à dessein que nous ne pouvions rapporter ici, sans trop sortir de notre cadre, les observations d'Hystéropexies extra-péritonéales pour prolapsus utérin déjà publiées.

[2] Nous adressons tous nos remerciements à M. le professeur ASSAKY, qui a bien voulu nous confier les trois observations ci-jointes.

[3] L'idée, au moins, est bonne pour arrêter une hémorrhagie considérable, si le moyen a certains inconvénients. (M. B.)

station debout s'accompagne de tressaillements dans les lombes, de douleurs hypogastriques s'irradiant jusque dans le voisinage de l'ombilic. Au bout de quelques semaines les douleurs disparaissent, mais les dimensions de la tumeur vont en augmentant.

État actuel le 14 janvier 1890. — Malade robuste, bien musclée. A la vulve, tumeur ovoïde du volume d'un poing d'adulte ; l'utérus se trouve compris en entier dans la tumeur ; son extrémité libre est formée par le col exulcéré, entr'ouvert, admettant la pulpe de l'index et donnant passage à un écoulement muco-purulent. Légère cystocèle (la vessie prolabée recouvre la base de la tumeur dans une étendue d'environ 2 centimètres). La tumeur est facilement réductible, les annexes paraissent indemnes.

Opération le 6 *février* 1890. — Incision de 5 centimètres sur la ligne médiane (commençant à 8 centimètres au-dessous de l'ombilic et aboutissant à un travers de pouce de la symphyse) sur l'utérus qui, repoussé par le vagin par les doigts d'un aide, faisait tumeur et servait de point de repère. L'incision comprend les téguments et le fascia sous-cutané ; on incise la ligne blanche sur la même étendue et on décolle un petit peu à droite et à gauche le péritoine pariétal. Alors le bassin de la malade est élevé, surélevé jusqu'à ce que l'axe du corps fasse avec le plan de la table un angle de 45°.

L'exploration de la plaie permet de constater que rien, absolument rien, ne sépare l'utérus du péritoine pariétal. On sent parfaitement, à travers ce feuillet, la configuration de la face antérieure et du fond dans ses moindres détails ; on note l'endroit précis où se trouve la ligne d'adhérence de la vessie et un premier fil est placé à environ un centimètre au-dessus de ce niveau ; un deuxième fil traverse la partie moyenne de la face antérieure ; un troisième fil fixe le fond. Les fils (soie tressée, n° 4) sont passés à l'aide d'une aiguille de Reverdin demi courbe ; après avoir traversé le muscle droit et le péritoine, l'aiguille est enfoncée dans la paroi antérieure de l'utérus (à environ un centimètre de profondeur) et ressort à 3 ou 4 centimètres du point d'entrée en suivant un chemin inverse. Six points de suture superficielle.

Suites opératoires. — Excellentes. On n'a administré en tout que 20 grammes de chloroforme. Pas de vomissements ni de douleurs abdominales.

Le cinquième jour, on renouvelle le pansement. La plaie est réunie par première intention le douzième jour ; on enlève les fils superficiels ; le vingt-deuxième, les sutures de l'utérus.

Le 11 mars. L'utérus est appliqué contre la paroi abdominale, le col est à 7 centimètres de l'anneau vulvaire. La station debout, l'effort, la position accroupie, ne modifient pas sensiblement sa situation.

OBSERVATION II

(Assaky, Cas III.) (Inédite.)

Prolapsus utérin. — Hystéropexie extra-péritonéale.

Ileana Gheoceanu, trente-cinq ans, travailleuse aux champs, entre dans le service de M. le professeur Assaky le 12 mars 1890.

Antécédents. — Impaludisme. Manifestations scrofuleuses dans l'enfance.

Réglée à quatorze ans. Menstruations normales, durant trois à quatre jours Mariée à vingt-trois ans, elle a, deux ans après, un avortement, cinq mois après la conception, à la suite d'un effort violent et soutenu. Cette fausse couche n'a pas de suites fâcheuses. Au bout de deux ans la malade devient de nouveau enceinte; enfant à terme. Dystocie. La sage-femme qui l'assistait, exerce, dit la malade, de telles tractions sur l'enfant que l'utérus vient faire hernie entre les cuisses; après l'accouchement, l'utérus reste à la vulve. Douleurs hypogastriques irradiées persistantes, métrorrhagies abondantes suivies de leucorrhée. Cependant la malade devient enceinte pour la troisième fois; fœtus à terme, accouchement normal, mais l'utérus ne reprend plus sa situation (à l'entrée de la vulve). Il reste cette fois-ci prolabé entre les cuisses.

Etat actuel. — La malade ne peut ni marcher ni s'asseoir ; la miction est difficile et accompagnée d'une sensation de brûlure.

Diagnostic : *Prolapsus utérin complet.* Diamètre longitudinal de la tumeur, 11 centimètres. Circonférence de la tumeur à la base, 30 centimètres. Cystocèle. Ulcération du col. Endométrite.

Opération. — *Hystéropexie extra-péritonéale* le 20 *mars* 1890. — Incision médiane d'environ 10 centimètres sur l'utérus réduit et maintenu contre la paroi abdominale. Elévation du bassin. Au moyen de l'index gauche qui suit de haut en bas la face antérieure de l'utérus, M. le professeur Assaky note la situation de la ligne d'adhérence de la vessie. La situation de ce point de repère est contrôlée par l'introduction d'une sonde métallique exploratrice dans la vessie. A environ 1 centimètre au-dessus de ce point, premier point de suture (soie tressée n° 4) ; deuxième point à un tra-

vers de pouce au-dessus du premier. Pendant la striction du premier fil (l'inférieur), l'aide, qui fixe l'utérus par le vagin, sent le col s'élever et se coller exactement à la paroi abdominale. La plaie est fermée par sept points de suture au catgut.

Suites opératoires. — 21 mars. La malade a vomi dans la nuit cinq fois. Elle n'accuse aucune douleur, ni spontanée ni à la pression. Elle est calme. Température 37°,5. Pouls 74. Le soir, 37°,3. Pouls 78.— Les jours suivants les vomissements ne se reproduisent pas. La malade ne souffre en aucune manière; la température varie entre 37°,4 le soir et 36°,6 le matin. Exceptionnellement, le soir du troisième jour, la température s'élève à 37°,9.— On sonde la malade le 1er juin; elle urine toute seule après. Selle spontanée le sixième jour après l'opération. — On enlève les fils le quarante-quatrième jour après l'opération.

La malade est examinée le 18 mai 1890. L'utérus est fixé contre la paroi abdominale où il forme plastron. La malade n'est nullement gênée dans la marche ni pendant la défécation. Le col est, dans la station couchée (dorsale), à 9 centimètres de l'entrée de la vulve; à environ 8 centimètres, dans la station debout et accroupie.

OBSERVATION III

(Assaky, Cas IV.) (Inédite.)

Prolapsus utérin. — Hystéropexie extra-péritonéale.

Lina Mils, soixante-quatre ans, rentière.

Antécédents. — Le père de la malade était atteint d'une hernie inguinale double. Il succombe, à *cent ans*, à une occlusion intestinale. Sa mère souffrait d'un prolapsus utérin.

On la marie à quatorze ans. Elle n'est réglée, que trois ans après. Règles normales durant trois jours. A dix-huit ans la malade devient enceinte; couches normales. Elle a huit enfants à terme. Après les dernières couches (il y a vingt-cinq ans) la malade perd moins de sang à l'époque menstruelle; il y a vingt-deux ans que la malade a vu survenir la ménopause.

L'année dernière, la malade cherche à soulever une lourde pierre et sent à cette occasion une douleur accompagnée de tiraillements dans la région de l'hypogastre. Elle sent en même temps une tumeur qui vient faire saillie hors du vagin. La miction devient difficile et douloureuse.

État actuel. — Diagnostic : *Prolapsus utérin complet.* Légère cystocèle. Diamètre longitudinal de la tumeur : 6 centimètres. Périphérie à la partie moyenne, 16 centimètres. On sent à travers les parois de la tumeur un utérus petit, sénile, dont le fond correspond à l'anneau vulvaire. Excoriation du col. La tumeur est très facilement réductible.

Opération. *Hystéropexie sans laparotomie* le 20 *avril* 1890. — Incision médiane de 7 centimètres. Elévation du bassin. Premier point de suture sur le fond. Deuxième, à 3 centimètres au-dessous du premier, après détermination préalable de la situation du pôle supérieur de la vessie. 4 points de suture au catgut (les points utérins au fil de soie nº 4).

Suites opératoires. — Un seul vomissement le premier jour. Ni fièvre ni douleur. On sonde la malade les cinq premiers jours. — Aujourd'hui (18 mai 1890), pas le moindre accident post-opératoire, état général des plus satisfaisants.

TABLE DES MATIÈRES

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY



